



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

#### **O “Ambiente Terapêutico” na Prestação de cuidados à Pessoa com Perturbação da Personalidade**

**Liliana Vanessa Bento Pires**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

#### **O “Ambiente Terapêutico” na Prestação de cuidados à Pessoa com Perturbação da Personalidade**

**Liliana Vanessa Bento Pires**

**Professora Lúcia Vaz Velho**

**2014**



## **Agradecimentos**

À Professora Lúcia Vaz Velho por ter aceite este projeto e posterior acompanhamento em estágio, pela sua disponibilidade e forma competente com que me orientou ao longo desta jornada de aprendizagem e crescimento.

Aos profissionais de saúde dos campus de Estágio, especialmente aos Enfermeiros Orientadores, nomeadamente, Enfermeira Lúcia Manso (Comunidade Terapêutica do Restelo), Enfermeira Liliana Lago e Enfermeiro Ruben Ocha (Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria) pelo processo de supervisão que realizaram.

À minha equipa de trabalho pela disponibilidade em facilitarem a flexibilidade de horário ao longo deste ano letivo, pelo apoio e preocupação.  
Aos colegas de curso pelo auxílio e por ser possível uma enorme partilha em relação a todo este processo.

À minha família e pessoas significativas pelo apoio, suporte e carinho.  
À minha mãe pelo amor incondicional que sempre me deu força com os múltiplos telefonemas e mensagens, mesmo quando não lhos retribuía com a mesma frequência.

## **Lista de Abreviaturas e/ou Siglas**

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AVD – Atividade de Vida Diária

CID - Classificação Internacional de Doenças

CHLN – Centro Hospitalar de Lisboa Norte

CT – Comunidade Terapêutica

CTR – Comunidade Terapêutica do Restelo

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HD – Hospital de Dia

HSM – Hospital de Santa Maria

IDT – Instituto da Droga e Toxicodependência

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SC – Supervisão Clínica

## Resumo

Com este relatório de estágio pretendo evidenciar a aquisição e integração de saberes e competências por mim desenvolvidas neste percurso de aprendizagem, nomeadamente na Comunidade Terapêutica do Restelo e no Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, no Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria.

Os dois contextos clínicos foram por mim escolhidos para realizar o meu processo formativo por serem dotados do “ambiente” como componente terapêutica (*milieu*) na prestação de cuidados á pessoa com perturbação da personalidade.

Delineei como objetivos: a prestação de cuidados de enfermagem especializados a pessoas com perturbações da personalidade; o desenvolvimento de competências no âmbito da intervenção psicoterapêutica e a aquisição e desenvolvimento de competências com a experimentação e aplicação do ambiente terapêutico (*milieu*).

As pessoas com perturbação de personalidade apresentam dificuldades na criação e manutenção de relações interpessoais e em adotar estratégias para lidar com determinados eventos de vida. É fundamental que os profissionais de saúde, nomeadamente os Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, detenham um conhecimento detalhado acerca da personalidade dos utentes demonstrando uma consciência crescente dos desvios e perturbações da mesma e o seu impacto, pois estes adotam padrões de comportamento persistentes e desviantes das expectativas e da cultura, quer do próprio quer da sociedade.

A relação enfermeiro–cliente apresenta assim um enorme potencial na prestação de cuidados. É altamente complexa e confere um vasto conhecimento ao incluir a aplicação das práticas clínicas no ambiente (enquanto ferramenta terapêutica) de modo a capacitar os utentes para a aquisição de estratégias de coping, de interação e de relacionamento interpessoal que possibilitem a sua generalização para outros aspectos da vida quotidiana.

A conjugação entre os saberes e a reflexão permitiram a construção da minha identidade profissional como futura Enfermeira Especialista em Saúde Mental.

**Palavras-chave:** Perturbações da Personalidade; Ambiente Terapêutico; Comunidade Terapêutica; Hospital de Dia de Psiquiatria; Cuidados de enfermagem.

## Abstract

With this internship report I intend to highlight the acquisition and integration of knowledge and skills developed by me in this journey of learning, particularly in Comunidade Terapêutica do Restelo and Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, in Hospital de Dia de Psiquiatria in Hospital de Santa Maria.

The two clinical contexts were chosen for me to do my training process to be equipped with the "environment" as a therapeutic component (*milieu*) in providing care to the person with personality disorder.

Outlined the following objectives: to provide skilled nursing care for people with personality disorders; skills development in psychotherapeutic intervention and the acquisition and acquisition and development of skills through experimentation and application of therapeutic environment (*milieu*).

People with personality disorder have difficulties in establishing and maintaining interpersonal relationships and in develop strategies to deal with certain life events. It is essential that health professionals, particularly Nurses Specialists Mental Health and Psychiatry, hold a detailed knowledge of the personality of clients demonstrating a growing awareness of deviations and disturbances of the same and its impact, as they adopt behavior patterns and persistent deviant expectations and culture, whether of himself or of society.

The nurse-client relationship thus has enormous potential in providing care. It is highly complex and gives a vast knowledge to include application of clinical practice environment (as a therapeutic tool) to enable clients to acquire coping strategies, interaction and interpersonal skills that enable its generalization for other aspects of daily life.

The combination of knowledge and reflection allowed the construction of my professional identity as a future Nurse Specialist in Mental Health.

**Key-words:** Personality Disorders ; Milieu Therapeutic ; Therapeutic Community ; Day Hospital of Psychiatry ; Nursing care

.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	7
I – REVISÃO DA LITERATURA .....	10
1.1. Quadro de Referência .....	10
1.2. Perturbações da Personalidade .....	13
1.3. Ambiente Terapêutico ( <i>milieu</i> ) .....	15
1.4. Comunidade Terapêutica .....	18
1.5. Hospital de Dia de Psiquiatria .....	20
II – PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS .....	23
2.1. Problemática .....	23
2.2. Participantes, instrumentos, técnicas e procedimentos .....	24
2.1.1. Comunidade Terapêutica do Restelo .....	24
2.1.2. Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria .....	26
III – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E INTERVENÇÕES .....	28
3.1. Comunidade Terapêutica do Restelo .....	28
3.2. Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria .....	32
IV – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA O FUTURO .....	38
V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	42
APÊNDICES .....	48

## INTRODUÇÃO

Este relatório descreve o percurso que desenvolvi no âmbito do 4º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, mas especificamente no estágio desta formação.

Este estágio foi planeado tendo em conta não só os requisitos do curso acima referido, mas a necessidade formativa pessoal decorrente da fase do percurso profissional em que me encontro, - prestação de cuidados de enfermagem numa unidade de internamento de psiquiatria de agudos, e tinha como finalidade desenvolver competências ao nível do conhecimento científico, técnico e humano no sentido de promover “a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho” (Matos, 1997, p.9).

O planeamento do projeto de estágio que foi uma matriz orientadora, facilitadora e promotora da minha aprendizagem pois, prevê a execução de determinadas ações e implementação de intervenções que visam o alcance de objetivos que vão de encontro ao desenvolvimento necessário nesta etapa de formação, tornando-se fundamental na construção e organização deste relatório porque permite uma clarificação e visualização da aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista na área da saúde mental regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros

Considereei a aquisição de competências específicas como um ideal a atingir, a prosseguir e a enriquecer. Este processo formativo desenvolvido foi um estímulo a produção de novas aprendizagens no campo do saber: saber-saber, saber-ser,



saber-fazer e saber-estar na medida em que como refere Rodrigues (1999) a formação é um “campo específico (...), que visa o desenvolvimento de competências específicas quer a nível profissional quer a nível pessoal”.

O Enfermeiro especialista de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros é considerado um

enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, (...) que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. (REPE, 2012, p.15)

Deste modo propus-me operacionalizar, especificamente as Competências do EESM contempladas no artigo 4º, nas alínea a) e d) nomeadamente “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências, processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” e “presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do seu ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2010, p.3).

Neste relatório descrevo o percurso de aprendizagem desenvolvido em resposta a uma necessidade sentida/identificada que surgiu no âmbito do quotidiano da minha prática profissional em contextos clínicos - a prestação de cuidados a pessoas com perturbações da personalidade.

Os objetivos que delineei foram:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados a pessoas com perturbações da personalidade;
- Desenvolver competências no âmbito da intervenção psicoterapêutica;
- Adquirir e desenvolver competências de intervenção em contextos clínicos inerentes ao modelo de ambiente terapêutico (*milieu*).

O desenvolvimento deste percurso - projeto pessoal de aprendizagem e a consequente consecução dos objectivos implicou um auto responsabilização enquanto formanda por todo este processo.

“O ser em formação só se torna sujeito no momento em que a sua intencionalidade é explicitada no acto de aprender e em que é capaz de intervir no seu processo de aprendizagem e de formação para o favorecer e para o reorientar” (Josso, 1988, p.50)

O estágio representou assim uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional e foi realizado no período de 30/09/2013 a 14/02/2014. Os locais onde implementei o meu projeto foram a Comunidade Terapêutica do Restelo e o Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE mais especificamente o Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria. A seleção destes locais de estágio foi de extrema importância na medida em que

a formação em contexto clínico faculta o desenvolvimento de competências clínicas (gerais e especializadas), a integração da teoria na prática, criação de disposições para a investigação, socialização profissional e formação de identidade profissional, através da sucessão de experiências socioclínicas e identificação de «modelos» profissionais». (Abreu, 2007, p.13).

Organizei este relatório nos seguintes capítulos: - revisão da literatura, da qual consta um breve enunciado do quadro de referência a que me reporto e enquadramento teórico onde são abordados conceitos-chave como perturbações da personalidade, ambiente terapêutico, comunidade terapêutica e hospital de dia; - o percurso e as opções metodológicas utilizadas, onde identifico a problemática em estudo e onde se encontram descritos os participantes, instrumentos, técnicas e procedimentos utilizados; - desenvolvimento de competências e intervenções/atividades realizadas de acordo com os objetivos a que me propus tendo por uma questão de orientação distinguido as mesmas de acordo com os locais de estágio acima mencionados; - considerações finais seguidas das referências bibliográficas consultadas e alguns apêndices.

## I – REVISÃO DA LITERATURA

### 1.1. Quadro de Referência

A linha organizadora que segui na prestação cuidados, como futura EESM, neste percurso de aprendizagem é sustentada pelo quadro de referência do modelo psicodinâmico fundamentado teoricamente e suportado pela Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, desenvolvida em 1952. É ao “(...) escolher a teoria que servirá de cenário de fundo (...) ao processo terapêutico” que de acordo com as necessidades das partes intervenientes (cliente e enfermeiro) que conceptualizo as minhas intervenções terapêuticas. (Chalifour, 2009, p.9).

Nesta leitura de intervenção de enfermagem a relação/interação enfermeiro/cliente foi por mim identificada na minha prática quotidiana/profissional como o elemento fundamental para o desenvolvimento e manutenção das relações interpessoais e interações sociais com pessoas com perturbações da personalidade.

A Teoria das Relações Interpessoais assenta no paradigma ideal, pois apresenta como principal foco de intervenção a relação enfermeira–cliente.

Enfermagem para Peplau (1992, p.5) é “(...) uma relação humana entre uma pessoa que está doente (...), e uma enfermeira com uma formação especializada para reconhecer e responder à necessidade (...)”, sendo “(...) um processo interpessoal por meio do qual, enfermeira e cliente (...) podem obter crescimento e desenvolvimento pessoais”. (trad. do autor). O que é corroborado por Townsend (2002, p.79) ao referir que “(...) a relação interpessoal terapêutica é o meio pelo qual é implementado o processo de enfermagem.”

Na sua teoria Peplau define que a relação interpessoal se desenvolve em quatro fases distintas e interdependentes que se sobrepõem durante a relação/interação, sendo elas a fase de orientação, de identificação, de exploração e de resolução. A mesma preconizou que em qualquer das fases anteriormente mencionadas os enfermeiros podem adotar diversos e diferentes papéis, pelo que determinou seis: papel de estranha, de pessoa de recurso, de professora, de líder, de substituta e de conselheira.

Peplau (1992, p.58) evidencia que “a experiência no desempenho de papéis (...) se desenvolve na prática de situações de enfermagem sob supervisão competente.” (trad. do autor) surgindo assim a noção de supervisão clínica em enfermagem. Nesta linha de pensamento Peplau (1992, XIII) defende que “(...) as docentes clínicas procuram novas formas de ajudar as estudantes de enfermagem a desenvolver e melhorar as suas habilidades nas relações interpessoais.” (trad. do autor) mencionando que o relacionamento interpessoal deve ser iniciado na formação dos enfermeiros e evidencia o paralelismo entre a relação docente/supervisor-estudante/enfermeiro admitindo que a forma como estes se relacionam se reflete na posterior interação do estudante/enfermeiro com os clientes.

Abreu (2002) refere que para Peplau o processo de SC em enfermagem pressupõe uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre a realização de práticas orientadas por um profissional qualificado. É um processo de apoio profissional e de aprendizagem em que os enfermeiros são assistidos no desenvolvimento da sua prática profissional através da discussão regular e periódica com colegas mais experientes e conhecedores. [Brunero & Stein-Parbury (2007) citando Fowler (1996)].

Também a conceção elaborada pela OE (2009) enuncia a SC como "processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de

decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através do processo de reflexão e análise da prática clínica"<sup>1</sup>. Assim este conceito descreve as dinâmicas de suporte entre supervisados e supervisores que promovem o desenvolvimento de competências profissionais (Hyrkäs, 2005, p. 531, citando Butterworth & Faugier, 1992; Cutcliffe, Butterworth & Proctor, 2001; Teasdale, Brocklehurst & Thom, 2001).

Para Ho (2007) é um mecanismo de suporte e apoio para a prática profissional, no qual os profissionais podem partilhar experiências de âmbito clínico, organizacional, emocional e de desenvolvimento com outros profissionais num ambiente seguro e confidencial conseguindo, desta forma, potenciar o seu conhecimento e as suas competências, o que vai conduzir a um aumento da consciência de outros conceitos, nomeadamente a responsabilidade profissional e a prática reflexiva.

De acordo com todos os pressupostos enunciados e indo de encontro às competências específicas do EESM e conforme é enunciado por Peplau (1992) estar em relação de forma eficaz exige um processo de autoconhecimento e de aceitação, prevê o relacionamento pessoal, interpessoal e interdependente, a comunicação facilitadora, gestão de processos de transferência e contratransferência e a implementação de intervenções psicoterapêuticas. Assim pude reconhecer os fenómenos supracitados como os meus objetos de aprofundamento e de trabalho enquanto mestranda desta área de especialização de enfermagem.

---

<sup>1</sup> Unidade Curricular Supervisão Clínica (Apontamentos). Prof. Luísa d'Espiney. ESEL, 2013

## **1.2. Perturbações da Personalidade**

As perturbações da personalidade tal como a sua denominação sugere significam que a personalidade de determinado indivíduo pode encontrar-se perturbada aquando da desestruturação dos seus traços de personalidade num dado momento e que exige ao indivíduo uma capacidade de adaptação aos outros e ao mundo que o rodeia que por sua vez também se encontra comprometida.

De acordo com Magnavita (2004) as perturbações da personalidade surgiram da necessidade científica de nomear o fenómeno que ocorre quando a personalidade enquanto sistema (com todos os seus domínios: neurobiológico, afetivo, cognitivo, defensivo, interpessoal, familiar, sociocultural e político), não funciona de forma desejada e portanto otimizada. Para o mesmo, o conceito de personalidade foi definido primeiramente como a forma habitual, de cada um enquanto indivíduo, pensar, sentir, perceber e reagir ao mundo. Pois tal como é proposto por Kaplan, Sadock & Grebb (1997, p.686) a personalidade é relativamente estável e conjeturável quando definida como “(...) a totalidade dos traços emocionais e comportamentais que caracterizam o indivíduo na vida cotidiana, sob condições normais”. (trad. do autor).

Esta noção foi expandida do sistema individual para todos os subsistemas que operam na globalidade do indivíduo como refere Magnavita (2004) e surge conceptualmente a designação de perturbação da personalidade quando as características anteriormente mencionadas apresentam variações tidas como aceitáveis para a maioria dos indivíduos, isto é, quando os traços de personalidade se tornam inflexíveis, mal adaptados e causam comprometimento significativo do

funcionamento dos indivíduos e/ou sofrimento no que concerne ao “(...) relacionamento e perceção do ambiente e de si (...)” (Kaplan et al 1997, p.686).

Nesta perspectiva Magnavita (2004) sugere que a personalidade apresenta uma disfunção na medida em que não funciona de forma efetiva e se torna necessário melhorar a organização defensiva da pessoa, a reestruturação dos seus esquemas cognitivos, crenças e a aquisição de competências interpessoais e de estratégias adaptativas.

As perturbações da personalidade são de acordo com Katona & Robertson (2005, p.53) “(...) padrões mal adaptativos persistentes, perpétuos e profundamente enraizados de experiências internas e comportamentos que caracterizam o indivíduo.” Estas podem então ser definidas pela manifestação de padrões de desajuste ao nível do comportamento, funcionamento interpessoal e social que conferem angústia/sofrimento pessoal e consequentemente efeitos adversos nas relações interpessoais e na sociedade.

A etiologia das perturbações da personalidade é complexa e multifatorial, provavelmente com múltiplas vias de desenvolvimento [Hales & Yufosky (2006); Magnavita (2004); Katona & Robertson (2005); Neeb (2000) e Kaplan et al (1997)].

Apesar destas premissas, é possível denotar que a definição de um estado patológico assente apenas em critérios descritivos torna o diagnóstico vago e subjetivo, surgindo assim a necessidade de classificar de forma mais incisiva as perturbações da personalidade.

O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) são os dois índices de perturbações psiquiátricas de referência, sendo o método de classificação de ambos bastante díspar quer em relação ao agrupamento das perturbações da personalidade esquematicamente quer em termos de nomenclatura. Estas duas classificações utilizam assim o método descritivo e não etiológico, o que permite percecionar estas perturbações como perturbações da interação interpessoal e favorecer o desenvolvimento de novas

abordagens psicoterapêuticas [Hales & Yufosky (2006); Katona & Robertson (2005) e Kaplan et al (1997)].

Diversos estudos epidemiológicos têm fornecido estimativas globais de perturbações da personalidade na população em geral. Huang et al (2009) de encontro á iniciativa internacional da World Mental Health Survey coordenada pela Organização Mundial de Saúde, referem que de acordo com quatro estudos realizados na Europa a prevalência estimada de qualquer perturbação da personalidade, de acordo com a classificação DSM-IV, se encontra na ordem dos 3,9 a 15,7%. Alwin et al (2006) sugerem que cerca de 10% das pessoas apresentam de acordo com as classificações das perturbações psiquiátricas, critérios para o diagnóstico de perturbação da personalidade.

Estas estimativas são muito mais elevadas em termos de prevalência de perturbações da personalidade em utentes psiquiátricos.

### **1.3. Ambiente Terapêutico (*milieu*)**

O ambiente é um elemento fundamental no que concerne aos cuidados de enfermagem como se encontra explicitado pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem na medida em que “(...) o ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. (...)” e “os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente.” (OE, 2002, p.8).

Este conceito é de suma importância para Peplau (1992) que o relaciona com fatores externos essenciais para o desenvolvimento humano. A autora define fruto de situações interpessoais (sendo estes micro-organismos ambientais promotores de saúde) o ambiente interpessoal, que pressupõe a interação da pessoa com o que a rodeia tornando-se assim significativo para o desenvolvimento da sua personalidade.



A noção de ambiente terapêutico surgiu conforme é enunciado por Fonseca (1987, p.775) em 1953 por Maxwell Jones aquando da criação do conceito de comunidade terapêutica com a “(...) participação dos doentes com o restante pessoal, na própria organização e gestão hospitalar”. Thomas et al (2002) citando Boyd e Nihart (1998) referem que embora este conceito fosse inicialmente de encontro à conceção das comunidades terapêuticas actualmente as suas premissas são aplicadas nos internamentos de curto prazo e em regime de HD, encontrando-se assim inserido no modelo psicodinâmico. Significa na sua essência que é um ambiente favorável à saúde dos indivíduos. (Keys & Hofling 1985). O utente tem à sua disposição um ambiente estruturado cientificamente, equilibrado e adequado onde é observado, orientado e recuperado com o objetivo de promover mudanças de comportamento, melhorar a saúde e o seu funcionamento individual. (Fonseca 1987).

Visto a noção de ambiente terapêutico não prever apenas a dimensão física, considera-se que este deve ser utilizado e modificado também em termos sociais e pessoais comportando assim o ambiente sócio emocional e as necessidades dos utentes [Fonseca (1987); Taylor (1992) e Keys & Hofling (1985)]. No entanto a instituição onde o utente se encontra inserido não deve tentar “(...) reproduzir o mundo de onde o paciente veio, (...) pois foi ao tentar se ajustar a esse mundo que ele ficou doente”. (Keys & Hofling, 1985, p.508)

Os mesmos autores suportando-se na American Nurses Association (1994) mencionam que os enfermeiros são responsáveis pela criação e manutenção do ambiente terapêutico pois podem contribuir direta, singular e significativamente para a sua implementação. Sendo os enfermeiros uma das categorias de profissionais de saúde que apresenta maior número de contatos com os utentes torna-se privilegiada para o desenvolvimento deste modelo de intervenção. Tanto os enfermeiros como os indivíduos são diretamente afetados pelo ambiente, encontrando-se já patente que a responsabilidade maior pela criação e condução de um ambiente terapêutico está a cargo da equipa de enfermagem.

Como área de trabalho dos enfermeiros, o ambiente, pela sua configuração, estruturação e características específicas marca a diferença em termos terapêuticos para o utente. (Benfer & Schroder, 1985). Citando Keys & Hofling (1985), o comportamento do utente e o seu progresso é intimamente influenciado pelo ambiente em que vive competindo aos enfermeiros identificar as necessidades dos utentes individualmente (pressuposto psicodinâmico), respondendo de forma apropriada, podendo o comportamento de cada enfermeiro variar de utente para utente devido à personalidade e às características específicas de cada um, mas a intenção terapêutica é a mesma.

Conforme enuncia Taylor (1992) a implementação de um ambiente terapêutico (*milieu*) obriga a existência de consistência e definição de objetivos claros e concretos como: ajudar o utente a aumentar a sua autoestima e sentimentos de valor pessoal, melhorar a sua capacidade de relacionamento com os outros e possibilitar a sua integração. Assim a manutenção do ambiente terapêutico (*milieu*) pelos enfermeiros é realizada através do uso terapêutico do *self* (Eu), visando incentivar a promoção da saúde, proporcionar a interação terapêutica, permitir aos utentes a participação na gestão de todo o ambiente, fomentar no utente o sentido de responsabilidade pelo seu comportamento, utilizar o fator grupo e o apoio dos pares como ferramenta de modo a tornar as normas do grupo aceitáveis, lidar com comportamentos inadequados à medida que ocorrem e evitar restrições e punições.

O ambiente terapêutico (*milieu*) é então utilizado com um sentido peculiar e intencional, mas empático sendo considerado pelo utente como um lugar “(...) de refúgio e de segurança (...), onde ele se sinta acarinhado nas suas vivências regressivas” (Fonseca, 1987, p.779). É permitida e fomentada a expressão de sentimentos e desejos e concedida a oportunidade de vivenciar e testar situações de maneira realista e útil, sendo os familiares/amigos/pessoas significativas considerados como elementos fundamentais e parte integrante desta intervenção psicoterapêutica. (Keys & Hofling 1985).

No entanto o ambiente terapêutico (*milieu*) prevê a implicação de toda a equipa multidisciplinar como propulsora de intervenções terapêuticas num ambiente de vida dinâmico e flexível que permite a promoção de experiências de vida e alterações positivas da saúde (Keys & Hofling 1985).

Assim, o ambiente terapêutico (*milieu*) prevê uma avaliação continua de modo abrangente e holístico da forma como cada utente age e tem implícito as seguintes características:

(1) as necessidades físicas (...) são satisfeitas; (2) o cliente é respeitado como um indivíduo que possui direitos, necessidades e opiniões, sendo encorajado a expressá-los; (3) a autoridade para tomar decisões está claramente definida e é distribuída apropriadamente (...); (4) o cliente é protegido de causar ferimentos a si mesmo e aos outros, mas apenas sofrendo aquelas restrições necessárias (...); (5) o paciente recebe crescentes oportunidades para a liberdade de escolha, de acordo com a sua capacidade para tomar decisões; (6) toda a equipe, (...) particularmente (...) de enfermagem, permanece constante (...); (7) o ambiente oferece espaço para testes que possam estabelecer novos padrões de comportamento; (8) é dada ênfase à interação social entre os clientes e a equipe (...) e (9) a programação é estruturada mas flexível. (Taylor, 1992, p. 91).

#### **1.4. Comunidade Terapêutica**

A noção de comunidade terapêutica e a sua implementação surgiu com Maxwell Jones ao propor como fator potencialmente benéfico a relação interpessoal que se estabelece no seio de uma comunidade. O Instituto da Droga e Toxicodependência (2011, p.9) descreve a CT como “(...) uma unidade especializada de tratamento residencial de longa duração, em regime de internamento (...)” e “(...) é um recurso integrado num conjunto de respostas terapêuticas em que a dinâmica comunitária a distingue das restantes abordagens de tratamento, (...) operando com uma equipa multidisciplinar, sob supervisão psiquiátrica”.

Esta é uma modalidade em que o próprio ambiente é usado como intervenção terapêutica na medida em que o ambiente físico, os utentes, a equipa técnica e as políticas de funcionamento influenciam o desempenho das pessoas nas atividades quotidianas da comunidade. Pretendendo-se assim, em concordância com Nunes

(1997) envolver a pessoa na sua própria terapia, restaurar a sua autoconfiança, promover oportunidades para a tomada de decisão, aumentar a consciência de si próprio e descentralizar a preocupação pessoal dirigindo-a para as necessidades dos outros.

A CT tem demonstrado grande eficácia com pessoas que estão em contato com a realidade e que apresentam autocrítica, sendo amplamente utilizada de acordo com o IDT (2011), na resposta a populações específicas como consumidores de substâncias psicoativas e portadores de co morbilidades, como por exemplo, pessoas com perturbação da personalidade. Embora apresentem algumas fragilidades ao entrarem em contato consigo próprias e influenciarem o processo de autocrítica a eficácia da CT apresenta bastante expressão na redução dos sintomas em pessoas com perturbações da personalidade tal como evidenciam Alwin et al (2006).

A CT apresenta aspectos significativos como a ênfase colocada na interação social (com utentes individuais, grupo e equipa); a implementação de um clima favorável à tomada de consciência de sentimentos, pensamentos, impulsos e comportamentos; a capacitação para habilidades interpessoais num ambiente seguro; a avaliação real de aspetos construtivos e menos construtivos do comportamento; a estruturação, elaboração e manutenção do trabalho terapêutico e da comunicação através de encontros diários, a existência de papéis, limitações, responsabilidades e de uma autoridade, apresentando-se todos estes bem definidos tanto quanto à equipa terapêutica como quanto aos utentes.

Nesta ótica optei como contexto clínico de estágio a CTR, que conforme se encontra explícito nos anexos do repositório do Instituto Universitário de Lisboa “(...) integra o IDT sendo uma das três únicas comunidades terapêuticas estatais de Portugal.” e onde o regime de “internamento é gratuito e de âmbito nacional em termos de admissão de casos”, tendo estipulado um programa com a “duração mínima de treze meses, sendo a estadia livre e a permanência voluntária” permitindo a autonomia de qualquer residente.

Ainda em consonância com a mesma fonte, o modelo de tratamento é inspirado no modelo hierárquico (na linha das Daytop, praticado numa CT holandesa) e “implica a desintoxicação física prévia e tem como objetivo geral o tratamento da dependência psicológica de modo a permitir ao residente reinserir-se no seu meio com um projeto de vida próprio (...)”.

Esta tem por base uma

modalidade de tratamento sistémico, cujos pressupostos gerais se enquadram na perspectiva de De Leon, e são baseados em aspectos fundamentais que se entre relacionam e orientam o processo terapêutico: a toxicodependência, a pessoa, o estilo de vida saudável e a recuperação. Este modelo hierárquico possibilita um ambiente dinâmico e estruturado e tem como objectivos específicos: o reconhecimento pessoal e grupal, a resolução dos conflitos emergentes, através de competências pessoais e sociais. (Oliveira, 2011, p.98)

Nesta comunidade todas as atividades realizadas são de índole terapêutica, o que me remete para o conceito de ambiente terapêutico já descrito. Também a experiência de vida em grupo por si só é considerada como um método terapêutico visto este programa ser dinâmico como a própria realidade, o que implica que ao longo dos tempos, vai sofrendo algumas alterações de modo a responder às necessidades presentes.

### **1.5. Hospital de Dia de Psiquiatria**

A criação de hospitais de dia “surge na sequência do crescimento da vertente ambulatoria dos serviços de saúde (...)” sendo o HD considerado pela ACSS (2011, p.1) de acordo com a Direção Geral de Saúde (2005) um serviço “(...) onde se concentram meios técnicos e humanos qualificados, que fornecem cuidados de saúde de modo programado a doentes em ambulatório, em alternativa à hospitalização clássica, por um período normalmente não superior a 12 horas, não requerendo estadia durante a noite” podendo “(...) entender-se como uma extensão do tratamento em ambulatório e uma forma de reabilitação e apoio a doentes crónicos”.

Esta noção vai de encontro ao Instituto Nacional de Estatística (2013) que o considera como uma “(...) unidade de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo durante o dia sob vigilância e não requerendo estadia durante a noite”. Também Keys & Hofling (1985) consideram o HD como um serviço de atendimento parcial que oferece ao utente a oportunidade de uma recuperação mais rápida e tende a prevenir uma maior regressão e dependência frequentemente encontradas nos regimes de internamento tidos como convencionais.

Neves (2010, p.35) suportando-se em Coimbra de Matos (2004), expõe que “é no convívio estreito e diário/constante do Hospital de Dia que cada um – indistintamente – aprenderá a reconhecer factores pessoais e próprios de dinamização do processo terapêutico”. É de destacar ainda o exposto pela mesma autora (2010, p.37), de acordo com Coimbra de Matos (2004) e Ménéchal (2002), ao demonstrar a importância dos hospitais de dia de saúde mental e psiquiatria “(...) na medida em que as perturbações mentais constituem um grande problema de saúde pública, (...) nomeadamente as perturbações da personalidade” tratando-se assim da implementação de intervenções psicoterapêuticas de forma estruturada, “(...) especializada e diferenciada, realizada em equipa multidisciplinar”.

De acordo com Neto (1999) o trabalho clínico do HD é da responsabilidade da equipa terapêutica (multidisciplinar) que veicula o seu padrão de funcionamento através das várias atividades, sendo este regime de internamento caracterizado, tal como narram Keys & Hofling (1985), pela terapia da atividade, por reuniões de grupo (estas com uma forte ênfase) e pela cooperação da família no plano terapêutico. O HD exige então que os enfermeiros exerçam o seu “efeito terapêutico” com uma presença diária apesar do internamento ser parcial. Os quotidianos clínicos são muito complexos e desafiantes e o “mundo externo” está sempre presente, a comparação e o contraste com a família ocorre constantemente exigindo da equipa terapêutica e consequentemente dos enfermeiros uma intervenção mais diferenciada e contentora.

Nesta perspectiva, Panchau (2012) reforça que a contribuição da equipa de enfermagem na construção e implementação do ambiente terapêutico torna-se uma intervenção indispensável nos hospitais de dia de psiquiatria, tendo em conta a especificidade desta metodologia terapêutica. Assim, é possível constatar que estes serviços preveem a prestação de cuidados de saúde especializados de saúde mental e psiquiatria de modo consistente, assente num modelo de intervenção psicodinâmico.

O HD de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria tornou-se num local de estágio privilegiado para o desenvolvimento das intervenções de enfermagem que me propus desenvolver pois apresenta como metodologia o ambiente terapêutico tendo como essência o “*milieu*”.

É uma unidade que se encontra integrada no departamento de neurociências do CHLN, EPE, com localização no piso 3 com atividades terapêuticas múltiplas e integradas e com capacidade prevista para vinte utentes. Esta apresenta um programa terapêutico que tem vindo a ser progressivamente adaptado às necessidades dos utentes e à realidade hospitalar.

Godinho et al (2010) referem que Bateman & Fonagy (2008) “(...) estudaram o tratamento da perturbação de personalidade (...) no hospital de dia e concluíram que a hospitalização parcial é efetiva comparativamente ao grupo de controle, na diminuição dos suicídios, automutilações, reinternamentos, (...)”. As mesmas autoras narram que a constituição do grupo de utentes do HD de Psiquiatria do HSM na maioria dos casos (50% a 60% dos utentes) apresenta co morbilidades como perturbações da personalidade. Desta forma, as características desta unidade e a existência de um plano terapêutico pré-estabelecido pela equipa multidisciplinar, que ocupa todos os momentos em que os utentes estão presentes (ambiente terapêutico de carácter psicodinâmico) demonstram a sua singularidade terapêutica.

## II – PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS

### 2.1. Problemática

A problemática abordada neste relatório de estágio, como já referi na introdução, surgiu da necessidade particular sentida e pela equipa de enfermagem que integro atualmente, ao desempenhar funções numa unidade de internamento de psiquiatria de agudos, aquando da admissão e consequente internamento de pessoas com perturbações da personalidade. Diariamente o desenvolvimento e manutenção de relações interpessoais e interações sociais saudáveis/adequadas com estes utentes torna-se problemático e delicado pela clivagem (forma de expressão do sofrimento) sentida devido aos padrões de comportamento profundamente enraizados que os caracterizam e pelo impacto social resultante da consequente angústia para os próprios, família e sociedade.

Segundo Katona & Robertson (2005, p.53) as pessoas com perturbações da personalidade apresentam dificuldade a diversos níveis: cognitivo em “(...) apreender e interpretar o eu, os outros ou os acontecimentos; de afetividade (amplitude, intensidade, adequação da resposta afetiva); de funcionamento interpessoal, de controlo de impulsos e de desempenho profissional e social“. Nesta perspectiva e indo de encontro ao supramencionado é necessária a aplicação de intervenções psicoterapêuticas através da abordagem psicofarmacológica aliada a técnicas de intervenção terapêuticas como sugerem Rodrigues & Gonçalves (2009).

Neste sentido emergiu como intervenção terapêutica a compreender e a aprofundar o ambiente terapêutico (*milieu*), que preconiza a utilização e manipulação do ambiente de modo a que todas as experiências vivenciadas pelo utente sejam



consideradas terapêuticas com o propósito de promover em ambiente protegido a aquisição de estratégias de adaptação, de *coping*, de interação e competências sociais que possam ser generalizadas para o dia-a-dia, favorecendo mudanças efetivas de comportamento e relacionamento interpessoal.

## **2.2. Participantes, instrumentos, técnicas e procedimentos**

De modo a atender às necessidades por mim expressas anteriormente orientei o meu percurso de estágio com o sentido de adquirir conhecimentos, desenvolver estratégias intra e interpessoais e intervenções psicoterapêuticas com pessoas com perturbações da personalidade recorrendo ao “ambiente” (*milieu*) como componente terapêutica, de modo a possibilitar a sua aplicação na minha prática profissional.

O estágio é deste modo uma fase determinante no processo de formação para a aquisição de competências pelo que optei por desenvolvê-la na CTR e no CHLN, EPE, nomeadamente no HD de Psiquiatria do HSM.

### **2.1.1. Comunidade Terapêutica do Restelo**

Na CTR prestei cuidados a uma população específica de residentes, em média quinze (diariamente) de ambos os sexos sendo a capacidade da comunidade para vinte e um residentes com idades entre os dezoito e os quarenta anos. Para residentes com idade superior a quarenta anos integrarem esta comunidade é necessária uma avaliação específica pela equipa técnica.

Estes residentes são pessoas que realizaram consumos ou poli consumos de substâncias psicoativas, na sua maioria portadoras de co morbilidades, sendo as patologias do foro psiquiátrico bastante expressivas nesta população, nomeadamente as perturbações da personalidade. Para estes, o abuso de substâncias psicoativas surgiu como tentativa de adaptação ao seu sofrimento (quer psíquico quer emocional) sendo concebida como um ajustamento particular às dificuldades que surgem dos aspectos psicopatológicos do desenvolvimento de cada

um, funcionando essas substâncias como elemento estrutural da personalidade que auxilia na supramencionada adaptação ao ambiente.

Durante o estágio os residentes manifestaram dificuldades em termos emocionais e em regular o sentido de si próprios sofrendo por excesso ou por defeito com as suas emoções e sentimentos. Assim a população-cliente foi um grupo heterogéneo de residentes em termos de género, idade, patologias e fase do programa terapêutico.

De modo a organizar a minha prestação de cuidados inerentes ao processo de aprendizagem, elaborei um cronograma onde enumerei objetivos e descrevi atividades que me propus realizar. (Apêndice I - Cronograma de Estágio Comunidade Terapêutica do Restelo) associando técnicas de estimulação grupal assentes na monitorização, reflexão, avaliação e fornecimento de *feedback* de modo a contribuir ativamente enquanto elemento integrante da equipa técnica para o funcionamento saudável do ecossistema comunitário, visto o principal vetor de mudança ser o grupo.

No sentido de promover a “metabolização” da tensão e da angústia em conteúdos mentalizáveis utilizei como recursos algumas técnicas e funções de contenção, de transformação e proporcionei experiências emocionais correctivas. Estas experiências ocorrem quando o enfermeiro é “capaz de se abster de agir como a generalidade das pessoas (...) por exemplo, não respondendo agressivamente à agressão (...)” (Greenberg & Paivio, 1997) <sup>2</sup>

Tornou-se também indispensável assegurar a circulação de informação na equipa através das “passagens de serviço” diárias, (residente hierarquicamente responsável e elemento da equipa terapêutica) e da realização de *briefings* (dentro da equipa terapêutica), de modo a evitar clivagens que pudessem reproduzir aspectos comuns das famílias de origem dos residentes. Este momentos foram determinantes no processo de supervisão terapêutica inerente ao desenvolvimento das competências

---

<sup>2</sup> A pessoa com perturbações da personalidade: Um Desafio Para Quem Cuida (Aula). Prof. Lúcia Vez Velho. Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian, 2005.

que me propus a adquirir, nomeadamente o autoconhecimento e consequentemente intervenções psico e socio terapêuticas.

### 2.1.2. Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria

O HD de Psiquiatria do HSM apresenta capacidade máxima para admissão de vinte utentes (com idades entre os quinze e os noventa e nove anos e de ambos os sexos), sendo os utentes internados na sua maioria pessoas com perturbação da personalidade.

À semelhança do realizado na CTR também para o decorrer do estágio no HD de Psiquiatria elaborei um cronograma (Apêndice II - Cronograma de Estágio - Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria). Realizei assim intervenções psicoterapêuticas especializadas a uma população-cliente heterogénea em termos de género, idade e patologias no referido hospital de dia a pessoas com perturbação da personalidade.

A criação de um ambiente terapêutico no *setting* do HD torna-se influenciável tal como é descrito por Kaplan et al (1997) e O'Brien et al (2002). Assim e mais especificamente, prestei cuidados de enfermagem diferenciados a pessoas com perturbação histriónica da personalidade, sendo considerados por muitos dos profissionais de saúde do HD como “doentes difíceis” pois colocam desafios às equipa terapêuticas pelo impacto destas perturbações nomeadamente na relação enfermeiro-utente. Esta conceção prende-se com o facto da sua aparência e conduta se caracterizar essencialmente por comportamentos inadequados dotados de uma “emocionalidade” excessiva, exuberância, auto dramatização, teatralidade e de chamada de atenção, com um discurso excessivamente impressionista de cariz sedutor ou provocante do ponto de vista sexual sendo dirigido de forma aleatória e ultrapassando os limites do que é adequado em contexto social. (Kaplan et al 1997)

Estes “suscitam sentimentos e emoções intensas nos seus cuidadores e testam as suas capacidades empáticas e de contenção, assim como os seus limites.” pelo que

a prestação de cuidados requer a “supervisão da relação e da sua importância no âmbito da intervenção do enfermeiro.”<sup>3</sup>

O HD de Psiquiatria do HSM apresenta um plano de atividades semanal bem estruturado pela sua equipa multidisciplinar, no entanto tive a oportunidade de realizar atividades terapêuticas por mim propostas tendo posteriormente avaliado as intervenções através da observação direta e consequente apreciação e análise.

---

<sup>3</sup> A pessoa com perturbações da personalidade: Um Desafio Para Quem Cuida (Aula). Prof. Lúcia Vez Velho. Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian, 2005.

### **III – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E INTERVENÇÕES**

#### **3.1. Comunidade Terapêutica do Restelo**

A CTR como referi anteriormente foi o local onde iniciei o desenvolvimento de competências e intervenções por mim delineadas no período de 30 de Setembro a 01 de Dezembro de 2013.

O planeamento das intervenções é pré-determinado seguindo uma estrutura previamente negociada clarificada com os residentes não podendo ser alterada sem decisão do grupo e equipa terapêutica, pelo que inicialmente observei e participei passivamente de modo a adaptar-me e integrar-me nas rotinas diárias dos setores de trabalho (com presença mais duradoura no setor cozinha). Posteriormente adotei uma postura pró-ativa e ativa com responsabilidade na supervisão de todos os setores (cozinha, lavandaria, economato, horta e jardim, administração, desporto, entre outros). Os horários eram bem definidos e rigorosos apenas com interrupção para a realização de grupos terapêuticos e intervenções psicoterapêuticas mais específicas tendo em conta os objetivos pré-definidos e bem clarificados de acordo com as fases socioterapêuticas estruturadas.

Na CTR existe uma organização social transparente, clara e bem definida no que respeita a funções, tarefas, estatutos, papéis, normas, valores, sanções e privilégios. São favorecidas nas atividades diárias as competências de organização, criação de hábitos de trabalho, descoberta de potencialidades, treino de capacidades de planeamento e cumprimento de objetivos, desenvolvimento do sentido de responsabilidade, persistência, resolução de conflitos, cooperação e integração, relacionamento interpessoal, comunicação, tolerância à frustração e aceitação de

limites. Todos estes aspetos prevêm a reinserção dos residentes e em analogia os setores de trabalho da comunidade são associados á rotina diária e às relações sócio laborais que permitem considerar a comunidade como um espaço para aprendizagens por tentativa erro (ambiente terapêutico).

Das intervenções socioterapêuticas em que estive presente constam: “grupo de admissões” “grupo de fase de preparação”, “grupo de encontro”, “reuniões de preparação e de avaliação de fim-de-semana” e “grupo multifamiliar” assentando a ação terapêutica na qualidade das relações interpessoais estabelecidas no quotidiano. A existência de grupos terapêuticos orientados por profissionais torna-se assim essencial para complementar e potencializar as funções desempenhadas pelas relações de apoio e confrontação entre o grupo de residentes, tendo eu realizado intervenções específicas e diretas nestes momentos de interação grupal.

Assim participei na manutenção e criação de um ambiente terapêutico nos “grupo de fase de preparação” para que os residentes pertencentes a esta fase se pudessem expressar a nível emocional e/ou sentimental, expondo problemáticas relacionadas com o presente ou passado. Dando também a conhecer o programa terapêutico e a filosofia da comunidade visto esta ser a fase inicial do programa estipulada para a superação da ambivalência inicial dos residentes.

Acompanhei, monitorizei e supervisionei a realização de trabalhos escritos solicitados pela equipa técnica, como por exemplo a redação de autobiografias com o objetivo capacitar os residentes no estabelecimento de contato com as suas histórias e com a realidade atual, refletir acerca de acontecimentos, padrões relacionais, tomada de decisão e/ou anteriores experiências de tratamento. Através das mesmas também é possível a identificação, conhecimento e avaliação pela equipa técnica de padrões comportamentais, traços de personalidade dos residentes e o reconhecimento de padrões disfuncionais.

Três vezes por semana ocorria o “grupo de encontro” sendo este considerado o grupo terapêutico central do tratamento, estando presente todo o grupo, á exceção dos residentes que ainda se encontravam na “fase de preparação”. Nestes é

favorecida a mudança num espaço considerado seguro, confortável, de respeito, de honestidade e de frontalidade através da criação de um ambiente terapêutico de proteção, o que permitia que cada um partilhasse pensamentos, dificuldades, sentimentos, vivências relacionais presentes e/ou passadas. É tido também como um espaço de confronto no sentido de promover a resolução de conflitos corrigindo comportamentos e possibilitando uma autoavaliação por parte de cada residente. Desta forma, esta intervenção torna-se bastante específica, delicada e complexa, pelo que inicialmente e durante várias semanas, observei atentamente toda a dinâmica deste momento terapêutico, o que me proveu de capacidades e competências para gradualmente iniciar a realização da interação do grupo, intervir e posteriormente co-orientar e co-dirigir sob supervisão clínica o grupo terapêutico.

Após algum tempo de observação, participei e co-orientei também sob supervisão clínica “reuniões de preparação e de avaliação de fim-de-semana” onde promovi a avaliação do estado psicoemocional e relacional dos residentes para e após o fim-de-semana. As reuniões de preparação funcionaram como um espaço onde se resolveram tensões/conflitos existentes de modo a antever e prevenir consequências significativas durante o fim-de-semana promovendo a identificação de estratégias de proteção. As reuniões de avaliação permitiram conhecer o que foi mais significativo para cada elemento, os acontecimentos (positivos e negativos) mais importantes e a dinâmica do grupo.

Foi-me também dada a oportunidade de estar presente no dia 13 de Outubro de 2013, “Dia do Ex-residente”, realizado anualmente na CTR, onde os ex-residentes (que estejam abstinentes) foram convidados a voltar á comunidade. Este funcionou como um momento de partilha de experiências que acabou por motivar alguns dos residentes (ainda em programa terapêutico), introduzindo esperança e sendo estimulada a criação de redes de apoio entre eles existindo assim um reforço da rede social de apoio. Ao participar neste dia, pude denotar alguns fenómenos que considero interessantes como: o grupo de residentes “atual” inicialmente ter-se aproximado fisicamente e formado um grupo fechado; os ex-residentes presentes mostrarem-se mais próximos da equipa técnica e aquando da apresentação inicial

no acolhimento alguns ex-residentes assumiram-me como uma residente atual (mesmo após me ter apresentado) colocando-me algumas questões e partilhando alguns momentos por eles vivenciados nesta comunidade.

Com a minha integração e adaptação na CT já efetivada participei de forma mais passiva em duas reuniões multifamiliares, onde se encontraram presentes pais e familiares significativos dos residentes (pelo que me foi solicitado pela equipa técnica que adotasse uma postura mais passiva e observadora), pois estas reuniões são quinzenais e não é permitida a presença dos residentes. Foi promovida a troca de experiências e entreajuda, delineados modos de orientação e ação para a relação familiar futura implicando a família como parte ativa no tratamento de cada residente tornando-se este espaço pedagógico e terapêutico.

Nas duas semanas correspondentes ao *términus* do estágio acompanhei alguns processos de admissão em que o terapeuta que segue o utente em ambulatório entra em contato com a CTR e no caso da existência de vagas e da ausência de contra-indicações para esta modalidade de tratamento envia uma proposta de internamento formal á referida comunidade passando o utente a frequentar o “grupo de admissões”. Posteriormente são adicionados todos os elementos e garantidas as componentes necessárias para ultimar este processo. Este grupo realizou-se semanalmente em instalações exteriores á comunidade sendo sobretudo um espaço informativo acerca do programa, orientado por um elemento da equipa técnica da CTR.

O “grupo de admissões” é destinado a candidatos e familiares (sendo necessário que estes se apresentem lúcidos e mostrem empenho neste processo) para a realização de entrevistas familiares e individuais. As entrevistas familiares destinam-se a esclarecer a família acerca da sua participação no tratamento e a caraterizar a dinâmica familiar. As entrevistas individuais têm como objetivo a caraterização do utente e a identificação de possíveis contra-indicações para a referida modalidade e/ou a gestão da ambivalência.



Globalmente e dada a natureza do contexto e pela minha presença diária nos espaços quer formais quer informais da comunidade tornei-me num modelo de identificação tal como os elementos da equipa técnica o que exigiu que me disponibiliza-se para este contexto relacional enquanto pessoa nunca descurando a minha condição enquanto profissional de saúde. Todas as minhas intervenções foram assim de ativação do grupo e não de intervenção resolutive direta, tendo contribuído para a modificação estável de alguns traços patológicos das personalidades de alguns residentes.

Todas as atividades terapêuticas desenvolvidas foram trabalhadas em modelo de supervisão clínica individual com a Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria Lúcia Manso e de grupo com a equipa técnica.

### **3.2. Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria**

No sentido de dar continuidade ao meu processo de aprendizagem e de explorar o ambiente como componente terapêutica numa modalidade de tratamento distinta da CTR, o HD de Psiquiatria do HSM foi o local de estágio que frequentei de 2 de Dezembro de 2013 a 16 de Fevereiro de 2014.

O HD de Psiquiatria do HSM apresenta atividades predelineadas, pelo que durante o período acima referido foi-me proporcionada a hipótese quer pela equipa multidisciplinar quer pelos utentes de organizar e dirigir atividades por mim propostas quando os momentos terapêuticos correspondiam a intervenções delineadas pela equipa de enfermagem e de integrar e posteriormente supervisionar as atividades já implementadas. Destas constam, grupos psicoterapêuticos, grupos multifamiliares, reuniões clínicas, reuniões de equipa pré e pós grupos psicoterapêuticos, actividades de terapia complementar (sessões de relaxamento e movimento, musicoterapia, painéis terapêuticos, etc...).

Relativamente às atividades já implementadas no referido HD tive oportunidade de assistir aos grupos psicoterapêuticos e grupos multifamiliares orientados por psicoterapeutas experientes.

Os grupos psicoterapêuticos, onde participam todos os utentes e membros da equipa, realizou-se três vezes por semana visaram a possibilidade de proporcionar aos utentes a partilha de vivências e/ou experiências significativas num ambiente protegido e terapêutico facilitando o apoio entre os elementos do grupo e promovendo o encontro de formas mais funcionais de viver tornando-se também num espaço de reflexão. Pude participar como co-terapeuta restringindo as minhas intervenções aos conteúdos expressos no grupo, numa perspectiva de estabelecer uma relação de confiança.

Os grupos multifamiliares realizaram-se quinzenalmente e possibilitaram-me observar as diversas dinâmicas familiares, identificar sinais de dificuldade dos utentes e famílias em determinar e manter limites relacionais, a importância da família na evolução terapêutica dos utentes e a dinâmica do grupo multifamiliar em si. Cooperei também nestes grupos ativa mas esporadicamente na gestão e contenção de conflitos relacionais. Os grupos multifamiliares do HD de Psiquiatria do HSM divergem dos da CTR na medida em que os utentes se encontram presentes e participam ativamente, tornando-se assim uma mais-valia pois os padrões de comportamento e a relação entre estes são espontaneamente reproduzidos, não havendo apenas a preocupação de implicar a família em todo o processo.

Particpei nas reuniões clínicas realizadas com toda a equipa multidisciplinar onde são discutidas as situações vivenciais pelos utentes. De forma bastante ativa e proactiva envolvi-me nas reuniões de equipa pré e pós grupos psicoterapêuticos ao partilhar informações pertinentes relativamente aos utentes, dificuldades e fenómenos de transferência e contratransferência sentidos o que promoveu a discussões de casos clínicos em que todos os profissionais contribuem para a definição da estratégia terapêutica mais adequada, visto cada profissional apresentar uma visão muito própria da pessoa de acordo com a informação de que

dispõe, com os cuidados que presta, com o seu próprio referencial teórico e de acordo com a sua experiência profissional.

Experienciei também a musicoterapia e o relaxamento tendo ambas as técnicas sido realizadas por terapeutas do HD e com bastante adesão por parte dos utentes verbalizando na sua maioria sensações de bem-estar e a redução de níveis elevados de ansiedade. A musicoterapia constou da utilização da música como ferramenta terapêutica, através de estímulos vindos da utilização de instrumentos musicais, da voz/canto ou da criação de letras, poemas ou versos de modo a despertar emoções, reações, sensações e sentimentos, facilitando a comunicação e o relacionamento interpessoal de acordo com as necessidades dos utentes. As sessões de relaxamento e movimento permitiram-me a aprendizagem de diferentes técnicas, mais especificamente a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson e o relaxamento por imagens mentais, com vista a uma maior consciencialização do funcionamento de corpo e da sua relação com a mente.

Como observadora constatei que a realização de painéis terapêuticos facilitou a expressão dos sentimentos e angústias dos utentes através de uma imagem, desenho, frase ou colagem e a interpretação desses elementos permitiu aceder às emoções e ao conteúdo dos pensamentos promovendo a mentalização através da reflexão de cada utente de uma forma criativa.

Em todos estes momentos de interação foram surgindo várias análises críticas, *brainstormings* e três reflexões escritas (Apêndice III – Reflexão 1, Apêndice IV – Reflexão 2 e Apêndice V – Reflexão 3) estruturadas através da utilização do ciclo reflexivo de Gibbs. Este é um instrumento de registo para situações de cuidados vividos em contexto prático, constituindo-se como um espaço narrativo de pensamentos e sentimentos, centrados no cuidar, na pessoa cuidada e no cuidador formal, permitindo reviver o evento à distância e realizar uma análise e avaliação mais adequada do mesmo. Não se tratando da aquisição de conhecimento declarativo considero que as reflexões realizadas são produção de significados para as situações com que me confrontei pois a prática reflexiva pode ser definida como

“(...) a ciência da acção que envolve a reflexão na acção, a reflexão sobre a acção e a reflexão sobre a reflexão na acção” tal como referem Santos & Fernandes (2004, p.59).

Considero que esta auto-análise foi imprescindível na minha formação quer para a obtenção/produção de conhecimentos (saberes e práticas) quer para a contínua evolução pessoal e profissional.

As atividades que desenvolvi enquanto dinamizadora de grupo terapêutico foram sessões temáticas e tiveram a supervisão da equipa de Enfermagem, nomeadamente dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental Liliana Lago e Rubén Ocha. Utilizei técnicas facilitadoras de vivência em grupo e de dinâmicas relacionais. Dinamizei três das quatro sessões planeadas (devido a questões inerentes á dinâmica do serviço) mediadas por abordagens expressivas, mobilizando diversas linguagens e narrativas com recurso a técnicas de intervenção psicoterapêuticas.

Na primeira intervenção realizei uma sessão com a temática “Lado Lunar” (Apêndice VI – Plano de Sessão: “Lado Lunar”) que consistiu na criação e manipulação de uma máscara e consequentes sessões através da dinamização do grupo com base nos resultados obtidos nesta primeira sessão (Apêndice VII - Plano de Sessão: “A falar é que a gente (não) se entende” e Apêndice VIII - Plano de Sessão: “Eu e o Grupo”). As sessões tinham várias etapas, prevendo-se uma fase de aquecimento, tendo como objetivo principal a preparação dos utentes para a dinamização e seguidamente a realização da dinâmica de grupo temática e por último o momento de avaliação/partilha das vivências.

Esta intervenção surgiu devido aos padrões de comportamento profundamente enraizados e pelo impacto social resultante desses comportamentos nas pessoas com perturbação da personalidade dado que apresentam dificuldade no desenvolvimento e manutenção das suas relações interpessoais e interações sociais. Assim a utilização e manipulação do ambiente em termos físicos, sociais e

personais (*milieu*) no HD possibilitam que o utente vivencie experiências de uma forma terapêutica com o propósito de promover em ambiente protegido a aquisição de diversas estratégias.

Desta forma a primeira sessão temática realizada foi a “Lado Lunar”, de acordo com Maia (2010), no quotidiano assumem-se socialmente diversos papéis ou máscaras e a criação e a manipulação da mesma torna-se para tal pertinente e adequada para promover a vivência e a sua exteriorização num contexto contendor e securizante. Esta atividade psicoterapêutica foi utilizada como ferramenta/mediador projetivo promovendo aos utentes a reflexão sobre as suas experiências, pois permitiu ativar processos cognitivos e emocionais. [Maia (2010) e Trepal-Wollenzier & Wester (2002)].

A máscara surgiu assim como recurso terapêutico, pois é uma representação da realidade, revelando aspectos da personalidade de cada um. De acordo com Maia (2010) na criação da máscara os utentes idealizaram, projetaram, anteciparam e selecionaram entre várias, o que proporcionou a possibilidade de num espaço adequado cada um confrontar-se com os seus conflitos, dúvidas e interagir com a sua dinâmica de papéis. Posteriormente, com a manipulação da máscara foi facilitado o diálogo, a assimilação e a compreensão do indivíduo sobre a própria máscara. Ao tomar consciência dela e do que ela representa na sua vida foi permitido ao indivíduo que a aceitasse, repudiasse ou que a transformasse.

A realização da atividade terapêutica da máscara teve como objetivo fazer emergir o lado oculto, escuro, negro, misterioso, não visível que leva as pessoas com perturbação da personalidade a interações sociais comprometidas.

Visto estes utentes apresentarem conforme enunciado anteriormente as suas relações sociais comprometidas com dificuldade em expressar-se e por este aspeto ter sido notório na sessão temática “Lado Lunar” na sessão seguinte “A falar é que a gente (não) se entende” - pretendi facilitar as relações interpessoais e promover a expressão de emoções através da comunicação com a utilização de Gibberish ao

experienciá-lo oralmente (também pode ser utilizado de forma escrita). Esta é considerada uma linguagem incompreensível pois tal como se pode encontrar no *site* da infopédia (¶1) tem como definições:

1. Algarviada incompreensível,
2. Sons inarticulados,
3. Linguagem sem nexos.

Serve de ferramenta terapêutica para promover a desinibição em termos comunicacionais não reprimindo os pensamentos e permitindo expressar e trabalhar os mais diversos campos emocionais, na medida em que são experienciados movimentos expressivos do corpo. Devido a estas características o Gibberish é assim considerado por Osho (2013) como uma técnica catártica.

Por fim, a terceira e última sessão “Eu e o Grupo” teve como propósito salientar a importância de cada pessoa dentro de um grupo e desenvolver a conduta individual para alcançar o consenso coletivo aumentando a confiança, a coesão grupal e em última instância contribuiu para á posteriori melhorar a resolução de problemas levantados pelo grupo. Esta sessão surgiu pelo facto de na sessão precedente alguns utentes terem expressado tendência para se centrarem em si mesmos e dificuldade em compreender o outro. Também se tornou pertinente pois existiram diversas admissões de utentes no HD de Psiquiatria do HSM ao longo o tempo de estágio.

## **IV – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA O FUTURO**

A elaboração deste relatório de estágio foi complexa, pois exige um centrar “sobre si mesmo”, no processo de desenvolvimento e crescimento sustentado teoricamente num movimento de “vai e vem” onde por vezes o clarificar das situações vividas e posterior reflexão em supervisão clínica não foi fácil, mas foi também bastante gratificante e motivante, no que concerne à aprendizagem na área da saúde mental, mais especificamente na prestação de cuidados de enfermagem especializados e diferenciados a pessoas com perturbações da personalidade.

Ao ter por base um projeto de estágio que não é estanque mas sim dinâmico houve necessidade de algumas reformulações ao longo do tempo de acordo com as necessidades, expectativas e limitações que foram surgindo.

Ao longo do estágio desenvolvi competências específicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados, pois conforme se encontra descrito no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

ao mobilizar na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas, o EESM possibilita (...) que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais. (OE, 2010, p.1).

O mesmo documento prevê diversas competências como específicas do EESM, das quais destaquei para este estágio as previstas no artigo 4º, nas alínea a) e d).

Para operacionalizar a competência conjecturada em a) “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de

vivências, processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2010, p.3) considero que a prática reflexiva realizada tanto por escrito (auto-análises) como em conjunto com os enfermeiros orientadores dos locais de estágio (supervisão clínica) e com a Professora Lúcia Vaz Velho foram essenciais. Estes momentos permitiram uma aprendizagem efetiva pois realizei reflexões estruturadas acerca de eventos reais por mim experienciados e que necessitei de explorar, analisar e compreender tendo em conta todas as componentes das situações em questão e de toda a minha ação. Esta prática contribuiu assim para o meu desenvolvimento pessoal e profissional pois, tal como referem Santos & Fernandes (2004) a reflexão envolve a ação voluntária e intencional de quem se propõe a refletir, mantendo em aberto a possibilidade de mudar, quer em termos de conhecimentos e crenças quer em termos pessoais.

Posso assim afirmar que o principal instrumento a utilizar na prática sou eu própria, daí que considere que o desenvolvimento pessoal, o autoconhecimento e autoanálise sejam elementos fundamentais de todo o meu percurso, uma vez que “(...) conhecer e compreender a si próprio aumentam a capacidade de estabelecer relações interpessoais satisfatórias.”. (Townsend, 2000, p.73).

Para a alínea d) “presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do seu ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2010, p.3) penso que o desenvolvimento das atividades e intervenções descritas no Capítulo III me capacitaram para a prestação de cuidados de enfermagem avançada à pessoa com saúde mental comprometida. Pois uma das especificidades da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria consiste na

(...) incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e protecção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social. (Nabais, 2008, p. 40).



Pelas experiências vividas/aprendizagens nos dois contextos clínicos deste estágio numa CT e num HD de psiquiatria, posso afirmar que o uso terapêutico do *self* (Eu) no âmbito do ambiente terapêutico foi por mim experienciado, sendo que este implicou a minha capacidade de usar consciente e intencionalmente todas as componentes enquanto pessoa/profissional, na tentativa de estabelecer relações interpessoais e estruturar intervenções de enfermagem que assentaram em premissas como a comunicação terapêutica, a empatia terapêutica, a escuta ativa e o *feedback*.

Com o objetivo de promover a modificação de padrões desajustados em termos comportamentais e relacionais, planeei e dinamizei intervenções terapêuticas de grupo, dado que as dificuldades das pessoas/clientes prendiam-se maioritariamente com o iniciar/manter relações interpessoais e em lidar e ou expressar sentimentos ao nível da identidade.

A CTR é em oposição ao estilo de vida anterior dos residentes, apresenta-se como uma “casa” que, em muitos aspectos reproduz um ambiente familiar saudável que suporta o desenvolvimento emocional do residente. O ambiente é assim distinto de um hospital ou clínica, sendo um local cuidado pelos residentes que lá vivem com apoio e supervisão da equipa técnica. É um espaço acolhedor, limpo e seguro, com zonas bem diferenciadas (convívio, refeições, repouso, gabinetes de trabalho) sendo este ambiente (físico e psicológico) verdadeiramente terapêutico onde é promovida a separação com o meio em que o indivíduo estava incluído anteriormente ajudando a identificar os limites, a tolerância à frustração, a tomada de decisão, entre outras necessidades inerentes à sua situação de sofrimento. Desta forma experienciei na CTR o ambiente terapêutico com uma estrutura mais fechada mas enriquecedor no meu processo de aprendizagem.

Posteriormente no HD de Psiquiatria o modelo de ambiente terapêutico encontra-se inserido no modelo psicodinâmico pelo que posso afirmar que todo o dia-a-dia desenvolvido neste serviço é terapêutico. Todas as atividades propostas aos utentes apresentaram um grau de aceitação elevados, sendo que pontualmente existiram

alguns momentos de não adesão, especialmente nas atividades que exigiram aos utentes a reflexão e um olhar sob si próprios.

Todo este processo de aprendizagem contribuiu para me capacitar no aprofundamento dos conhecimentos teóricos, relativamente às pessoas com perturbação da personalidade e na aplicação e implementação do ambiente terapêutico (*milieu*). De modo a conseguir posteriormente desenvolver, evoluir e transpor para o meu quotidiano e para a minha prática profissional esses mesmos conhecimentos.

Sinto-me assim mais habilitada e capacitada tanto para motivar a equipa de profissionais de saúde com que partilho o desempenho de funções atualmente como para tomadas de decisão centradas no utente, de modo a planear e implementar os cuidados de enfermagem de forma criteriosa e fundamentada.

Deste modo, penso que em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, o primordial é investir ao nível da componente psicológica, emocional e relacional e não tanto a nível técnico pelo que tentei traçar o meu percurso indo de encontro a um dos objetivos estipulados no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 que visa “reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações” (2008, p.17).

Finalizo recomendando que para o desenvolvimento numa prática de prestação de cuidados sustentada nas competências específicas do EESM ainda é necessário o desenvolvimento e integração de todo o conhecimento baseado na pesquisa, na experiência clínica, nos utentes e pessoas significativas tal como no ambiente e contexto local.

## V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2002). Supervisão Clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Revista Sinais Vitais*. 45 (11). 53-57.
- Abreu, W. (2007). Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda.
- Alwin, N.; Blackburn, R.; Davidson, K.; Hilton, M.; Logan, C. & Shine J. (2006) – *understanding Personality Disorder: A Report by the British Psychological Society*. Leicester: The British Psychological Society.
- American Psychiatric Association (2002) – *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Benfer, B. A & Schroder, P. J. (1985). Nursing in the therapeutic milieu. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 49 (5). 451-465.
- Brunero, S. & Stein-Parbury, J. (2007). The effectiveness of clinical supervision in nursing: a evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol (25). 86-94.
- Chalifour, J. (2009) - *A intervenção terapêutica – Estratégias de Intervenção*. Loures: Lusodidacta – Soc. Portuguesa de Material Didático, Lda.
- De Leon, G. (2003) – *A Comunidade Terapêutica. Teoria, Modelo e Método*. São Paulo: Edições Loyola.

- Hales, R. & Yudofsky, S. (2006) – *Tratado de Psiquiatria Clínica*. (4ª Edição), Porto Alegre: Artmed Editora.
- Ho, D. (2007). Work discussion groups in clinical supervision in mental health nursing. *British Journal of Nursing*. Vol (16). 39-46.
- Huang, Y., Kotov, R., Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C. ...Kessler, R. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, (195), 46-53. DOI:10.1192/bjp.bp.108.058552
- Hyrkäs, C. (2005). Clinical supervision, burnout, and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Issues in Mental Health Nursing*. (26) 531-556.
- Infopédia (2014). Gibberish (¶1). Acedido a 2013/07/08. Disponível em <http://www.infopedia.pt/ingles-portugues/gibberish;jsessionid=95Z1OlqRWM-H-kQX7tkEFw>
- Josso, M. (1988). Da formação do sujeito ao sujeito da formação. In: A. Nóvoa e M. Finger (Orgs.). *O método (auto)biográfico e a formação* (35-50). Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento dos Recursos Humanos da Saúde.
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997) – *Compêndio de Psiquiatria* (7ª edição), Porto Alegre: Artmed Editora.
- Katona, C. & Robertson, M. (2005) – *Compêndio de psiquiatria*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Kyes, J. J. & Holfling, C. K. (1985) – *Conceitos Básicos de Enfermagem Psiquiátrica*. (4ª Edição). Rio de Janeiro: Interamericana.

- La Taille, Y (1996) - *A indisciplina e o sentimento de vergonha*. São Paulo: Summus.
- La Taille, Y. (2004) - *Vergonha, a ferida moral*. (2ª. Edição). Petrópolis: Vozes.
- Lewis, M. (1993) - *Self-conscious emotions: embarrassment, pride, shame and guilt: Handbook of Emotions*. Nova Iorque: The Guilford Press.
- Linhas orientadoras para o tratamento e reabilitação em comunidades terapêuticas (2011). Instituto da Droga e Toxicodependência – Departamento de tratamento e reinserção. 1-47.
- Magnavita, J. (2004) – *Handbook of Personality Disorders – Theory and Practice*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Maia, Fernanda do Nascimento (2010). A Máscara como Recurso Terapêutico. In *VII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional*, Porto Alegre, Jan.-Abr.2010.
- Matos, E. T. (1997). A colaboração escola-serviços. *Revista Nursing*. (114). 31-34.
- Mendes, A. (2006). A Excelência nos cuidados com princípio para a satisfação dos utentes no ciclo de vida. *Revista Nursing*. (206). 41.
- Nabais, A. (2008). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: âmbito e contextos. *Ordem dos Enfermeiros*. (30). 38-43.
- Neeb, K. (2000) - *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental* Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Neto, M. I. M. (1999). Psicoterapia em meio institucional de doentes esquizofrénicos: O retomar do desenvolvimento psíquico. In *Intervenciones psicoterapêuticas y psicosociales en la esquizofrenia*, Madrid, 1999.

- Neves, Isaura (2010). *A sintomatologia psiquiátrica de utentes em internamento parcial no hospital de dia em hospital psiquiátrico: estudo comparativo entre os momentos de admissão e alta*. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Universidade Fernando Pessoa. Dissertação. Porto.
- Nunes, Maria Odete. (1997). *Valores e reorganização do Self*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Dissertação. Lisboa.
- O'Brien, P. et al (2002) - *Enfermagem em Saúde Mental* (1ª Edição), Editora McGrawHill de Portugal Lda.
- Oliveira, S. (2011). Guia Recursos Saúde e Dependências. *Dependências*, 98. Acedido a 2013/10/12. Disponível em <http://www.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/guia-saude.pdf>
- Osho (2013) – *O Livro Orange – Meditações de Osho* (9ª Edição). Cultrix.
- Peplau, H. (1992) – *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermeira psicodinámica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.
- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2002). Aprovado pelo Conselho de Enfermagem em Dezembro de 2001. Ordem dos Enfermeiros, 1-16.
- Panchaud, R. (2012). Environnement thérapeutique infirmier et centre thérapeutique de jour. *Revue des Hôpitaux de Jour et des Thérapies Institutionnelles*. 14. 15-18.
- Phaneuf, M. (2002). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.

- Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de Março. Diário da República I Série, N.º 47 (08-03-06) 1395-1409.
- Recomendações técnicas para Hospital de Dia (2011). UONIE/ACSS. RT 04/2010. 1-37.
- REPE E Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2012). Ordem dos Enfermeiros
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (2010). Proposta apresentada pelo Conselho Directivo, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em 25-09-2010. Ordem dos Enfermeiros, 1-5.
- Rodrigues, A (1999). *Metodologias de análise de necessidades de formação na formação contínua de professores – contributo para o seu estudo*. Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Tese de Doutoramento. Lisboa.
- Rodrigues, V. A. & Gonçalves, L. (2009) – *Patologia da Personalidade. Teoria, Clínica e Terapêutica*. (3ª Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004) Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*. 11. 59-62.
- Stuart, G. W. & Laraia, M. T (2001) - *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática: Relacionamento Terapêutico entre Enfermeiro e Paciente*. (6ª Edição). Rio de Janeiro: Art Med.
- Taylor, C. (1992) – *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Thomas, S. P. *et al* (2002). What's therapeutic about the therapeutic milieu?. *Archives of Psychiatric Nursing*. 16 (3). 99-107.
- Townsend, M. (2002) – *Enfermagem Psiquiátrica*. (3ª Edição). Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.
- Trepal-Wollenzier, H. C. & Wester, K. L. (2002). The use of mask in counseling: Creating Reflective Space. *Journal of Clinical Activities, Assignments & Handouts in Psychotherapy Practice*, 2 (2), 123-130. Acedido a 2013/12/21. Disponível em: [http://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/K\\_Wester\\_Use\\_2002.pdf](http://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/K_Wester_Use_2002.pdf)
- <http://www.hsm.min-saude.pt/hsm intra/tabid/1042/Default.aspx>. Acedido a 2013/06/27.
- [http://nursingplanet.com/pn/milieu\\_therapy.html](http://nursingplanet.com/pn/milieu_therapy.html). Acedido a 2013/05/08.
- <http://news.fm.ul.pt/Content.aspx?tabid=65&mid=420&cid=1147>. Acedido a 2013/07/08
- <http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/1275/1/Anexos%20organizados%20finais.pdf>. Acedido a 2013/07/08.



# APÊNDICES

**Apêndice I**  
**Cronograma de Estágio - Comunidade Terapêutica do Restelo**



Análise e reflexão do papel do enfermeiro especialista em saúde mental na CTR									
Levantamento dos recursos e estruturas existentes e análise da forma como se articulam e respondem às necessidades									
Treino de AVD's, gestão de bens pessoais e valores									
Treino de habilidade sociais									
Intervenções de enfermagem no domínio relacional									
Participação nas atividades lúdicas e recreativas									
Participação em sessões psicoeducativas e psicoterapêuticas de grupo									
Participação em reuniões com a equipa para balanço e discussão de casos									
Gestão de fenómenos de transferência e contratransferência									





**Apêndice II**  
**Cronograma de Estágio - Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital de**  
**Santa Maria**

### Cronograma de Estágio - Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria

Ano	2013					2014						
Mês	Dezembro					Janeiro				Fevereiro		
Semana	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	
Dias	2-8	9-15	16-22	23-29	30-5	6-12	13-19	20-26	27-2	3-9	10-16	
<b>Desenvolver competências no âmbito da intervenção psicoterapêutica com pessoas com perturbação da personalidade</b>												
Acompanhamento e gestão de casos				<b>FÉRIAS DE NATAL</b>								
Intervenções de enfermagem no domínio relacional												
Aquisição de conhecimento de técnicas psicoterapêuticas implementadas no HD												
Colaboração na execução das técnicas de intervenção psicoterapêuticas existentes no HD												



Discussão com a orientadora de estágio sobre as intervenções psicoterapêuticas											
Realização de intervenções psicoterapêuticas											
Gestão de fenômenos relacionais											
Adquirir e desenvolver competências com a experimentação e aplicação do ambiente terapêutico											
Observação e compreensão da dinâmica pessoa/ambiente no HD				FÉRIAS DE NATAL							
Compreensão da aplicação de conceito de ambiente terapêutico no HD											
Estabelecimento de intervenções de enfermagem na complexa interdependência pessoa/ambiente											
Discussão com a orientadora de estágio sobre ambiente terapêutico											

Aprofundar processos de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional										
Desenvolvimento da capacidade de autoconhecimentos através do desenvolvimento de consciência crítica e reflexão pessoal e profissional.				FÉRIAS DE NATAL						
Identificação, compreensão, monitorização e gestão da parte emocional de modo a obter respostas comportamentais mais adequadas durante o processo terapêutico.										
Supervisão pela orientadora de fenómenos relacionais.										

**Apêndice III**  
**Reflexão 1**

## REFLEXÃO 1

Este incidente ocorreu na manhã do dia 11 de Dezembro de 2013, no Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria e surge no seguimento de uma série de comportamentos desajustados e desadequados com cariz de desinibição de uma utente para com outro utente. Estes comportamentos foram abordados no início da semana de 02 a 06 de Dezembro de 2013 (semana anterior á do incidente relatado) em diversos momentos terapêuticos tendo culminado com a saída da referida utente após confrontação direta com os seus comportamentos num grupo terapêutico específico a meio da semana e com consequente ausência da utente durante a restante semana.

No grupo terapêutico de 4ª feira (11/12/2013) a supracitada utente voltou a frequentar o hospital de dia de psiquiatria após a sua ausência e pediu desculpa, perante o grupo de utentes e profissionais de saúde, ao utente visado pelos seus comportamentos verbalizando que os mesmos foram desprovidos de qualquer intenção, nomeadamente de cariz sedutor/sexual, tendo o utente aceite. Esta atitude da utente gerou por partes de outros elementos do grupo um movimento de exigência do alargamento do pedido de desculpas aos restantes, visto a referida utente no último grupo terapêutico que frequentou ter sido desadequada verbalmente, dizendo palavrões. A utente não reconheceu esta desadequação e negou-o perentoriamente o que originou uma troca constante de ideias, informações e até acusações entre o grupo.

No momento do pedido de desculpas pensei que o mesmo estava a ser realizado pela utente com o intuito de se reintegrar e ser novamente aceite no grupo visto ter saído, na minha perspectiva, em rutura com todos os presentes. Desta forma, não penso que tenha sido verdadeiro, genuíno nem espontâneo, não tendo existido sintonia afetiva.

A utente realizou este movimento apresentando uma postura fechada e defensiva com braços e pernas cruzadas, corporalmente fechada sobre si e envolvida em si própria, com tom de voz firme mas um pouco ríspido, o que me sugeriu arrogância, desafio, manipulação, agressividade e destrutividade e ao mesmo tempo vitimização. Despontou assim em mim um misto de sentimentos de revolta e zanga. Durante todo o incidente senti-me em constante contenção pois desejei intervir por diversas vezes, tendo surgido alguma impulsividade que consegui controlar pois corporalmente “queria saltar da cadeira” onde me encontrava para questionar/interrogar a utente.

Aquando da intervenção de alguns dos utentes houve alguma agitação/confusão, estabelecendo-se algum ruído e notei que tive dificuldade em conseguir organizar os meus pensamentos/ideias.

Identifico positivamente o facto de ter percebido que existem formas de mediar situações como estas sem ser de modo impulsivo, conhecendo o grupo que está perante nós e desenvolvendo a nossa capacidade de autoconhecimento. O aspeto negativo desta experiência foi evidentemente a desorientação que notei durante o sucedido e alguns sentimentos menos afáveis que experimentei.

Após a situação relatada e com algum distanciamento penso que o pedido de desculpas da utente é um movimento a valorizar, pois poderá ter sido esta a única forma que a mesma encontrou para reparar as relações com os outros. Este poderá ter sido o modo como a utente procedeu ao reconhecimento de uma má conduta podendo ser o início da sua tomada de consciência reflexiva e responsabilização pelos seus atos.

Autoanalisando a minha conduta no decorrer da situação penso que apesar do todo o impacto que esta teve em mim decidi acertadamente em não ceder á minha impulsividade. Experimentei uma série de sentimentos e surgiram-me diversos

pensamentos pelo que sinto algum descontentamento pois pus em causa o facto de me ter sentido algo incapacitada naquele momento.

Surgiram-me dúvidas relativamente ao facto de poder estar perante uma situação semelhante a esta, sozinha e voltar a ter este misto de emoções. Assim, este incidente reforçou em mim o quão importante é estar mais atenta aos meus sentimentos e às formas de expressão dos mesmos.

Considero que se uma situação semelhante à descrita ocorresse novamente, voltaria a agir da mesma forma, mantendo-me sem intervir de modo a tomar consciência de mim e do que aquela situação e os comportamentos dos intervenientes me fazem sentir e de que forma têm eco sobre mim. Ou seja, para planear a ação tenho que ser capaz de compreender, monitorizar e gerir os meus comportamentos e o que o comportamento dos outros me faz sentir para conseguir alcançar um processo verdadeiramente terapêutico através da reflexão pessoal e profissional. Pois, de acordo com Stuart & Laraia (2001) na exploração de sentimentos o enfermeiro não deve esconder nem bloquear os mesmos, nem usá-los como um filtro para elaborar juízos de valor, mas sim controlá-los de forma a serem úteis na relação de ajuda necessária na prestação de cuidados.

Estes sentimentos irão funcionar assim como um barómetro na relação consigo próprio e com os outros, nunca esquecendo que está constantemente a transmitir os seus sentimentos aos seus pacientes, pois tal como expressa Mendes (2006, p.41) “também nós somos indivíduos únicos com vulnerabilidade, valores e juízos, a quem a sociedade confia, pelos nossos conhecimentos e capacidades, uma função.”

**Apêndice IV**  
**Reflexão 2**

## REFLEXÃO 2

Este incidente ocorreu no grupo terapêutico realizado na manhã do dia 20 de Dezembro de 2013 no Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria e correspondeu ao final da minha terceira semana de estágio, sendo necessário salientar que me estão atribuídas desde a segunda semana de estágio, duas utentes (Sr.<sup>a</sup> M. e Sr.<sup>a</sup> P.) do Hospital de Dia para a prestação de cuidados, sendo um dado relevante a ter em consideração no episódio que exponho.

O grupo terapêutico mencionado foi particularmente marcado pela aproximação de acontecimentos e datas significativas como: ser o último grupo terapêutico antes das épocas festivas (Natal e Passagem de ano); a consequente entrada de férias de alguns profissionais de saúde do Hospital de Dia ficando o corpo de profissionais reduzido até o início de Janeiro de 2014 com concomitante ausência programada de alguns utentes; o início do período de férias académico e o término de tempos de estágio de alunos no Hospital de Dia.

Tendo em conta todos estes aspectos, no início do referido grupo, um dos utentes mencionou o término do período de estágio de um aluno do 4º ano da licenciatura em enfermagem expondo o quão difícil era para si vivenciar uma separação e que lamentava o facto de ter que se despedir do mesmo, no entanto salientou aspectos positivos do percurso do referido estudante, congratulando-o.

Durante estas felicitações ao supracitado aluno de enfermagem, a Sr.<sup>a</sup> M. (uma das utente que me está atribuída), que se encontrava sentada de frente para mim mas a uma distância considerável, através de mímica e articulando as palavras com os lábios mas sem emitir som me questionou: “Em Janeiro ainda está cá?”. Em resposta a esta questão acenei afirmativamente com a cabeça e a utente reagiu benzendo-se e juntou as palmas das suas mãos na vertical, articulando novamente sem som “Graças a Deus!”



Esta situação foi por mim sentida com alguma estranheza e surpresa, desconforto, constrangimento e até vergonha. Estranheza e surpresa por não estar á espera deste comportamento nem deste tipo de abordagem pela Sr.<sup>a</sup> M. pois considerei-o exuberante o que me deixou desconfortável. Fiquei constrangida com facto da Sr.<sup>a</sup> M. ter optado por me questionar num grupo terapêutico e não num contexto mais privado ou mesmo após o grupo.

Considerei assim a intervenção da utente despropositada em termos do local em que a realizou e de timing (pois apenas me relacionava mais especificamente com a mesma á cerca de uma semana). Senti vergonha e necessitei de dar á utente uma resposta calma, sossegada, contida e com pouca linguagem corporal da minha parte com o objetivo de que a Sr.<sup>a</sup> M. se contivesse também, o que não aconteceu pois benzeu-se e juntou as palmas das mãos na vertical em jeito de prece, o que aumentou o meu sentimento de vergonha.

Como aspeto positivo retiro o facto de ter conseguido perceber o que estava a sentir naquele momento e puder agora, á posteriori, expor a situação e refletir. O aspeto negativo desta vivência foi evidentemente o sentimento de vergonha que experimentei pois o desconforto e o constrangimento iniciais, rapidamente deram lugar à vergonha, vergonha da forma de agir da utente e vergonha do olhar “dos outros sobre nós”.

Ao analisar esta situação consigo facilmente identificar o comportamento adotado pela utente como “seu”, pois comportamentos como estes são próprios do funcionamento social desta utente e não da forma como eu desejaria ou consideraria aceitável e adequada. O comportamento desta utente é frequentemente pautado pela sua tendência para ser dramática e algo exibicionista ao expressar as emoções com exagero e tentar concentrar as atenções em si, pelo que o meu sentimento de vergonha surgiu de uma interpretação minha pois como refere Lewis (1993,p.569) “(...) a vergonha não é produzida por nenhum evento específico, mas pela interpretação que o indivíduo faz de uma situação (...)”. Ainda para o mesmo autor a

vergonha é um sentimento básico que promove a reflexão baseada em valores (quer próprios quer de outros) e o seu aparecimento envolve a elaboração de processos cognitivos complexos, a noção de self e a avaliação global das ações o que requer uma tomada de consciência objetiva e uma avaliação complexa dessa ação.

Identifiquei também que a vergonha que senti foi relativamente ao olhar de todas as pessoas presentes no grupo terapêutico, visto ter considerado esta situação como embaraçosa o que vai de encontro ao sugerido por La Taille (1996, p.11), na medida em que a vergonha é compreendida como um sentimento intrapessoal e interpessoal, orientado externamente, em função da consciência do olhar do outro com “(...) origem no fato de eu me fazer objeto do olhar, da escuta, do pensamento dos outros”. No entanto de acordo com a classificação de La Taille (2004) o sentimento de vergonha por mim experienciado foi relativamente a uma ação de outra pessoa sendo denominada de “vergonha-contágio” (vergonha dos que nos são/estão próximos ou do grupo no qual se está inserido).

Aquando do referido incidente, não consegui perceber o que mais poderia ter feito naquele momento e ainda agora refletindo melhor sobre o sucedido não consigo considerar nenhuma solução ideal. Se uma situação semelhante à descrita ocorresse novamente, penso que voltaria a agir da mesma forma, no entanto vejo nos grupos terapêuticos uma mais valia para através da observação identificar e compreender algumas situações.

**Apêndice V**  
**Reflexão 3**

### REFLEXÃO 3

Este incidente ocorreu no Hospital de Dia de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, na manhã de dia 13 de Janeiro de 2014, 2ª feira e consequentemente dia de grupo terapêutico pelas 11h00.

No início do turno uma das utentes que me está atribuída para a prestação de cuidados (Sr.ª P.), que chegou pelas 9h40 ao Hospital de Dia, encontrava-se com fácies triste e choro fácil, pelo que a abordei e mostrei disponibilidade para a ouvir. A utente recusou amavelmente, agradecendo a minha disponibilidade e referiu que pretendia falar com a sua Enfermeira de referência no Hospital de Dia (concomitantemente a minha supervisora/orientadora de estágio). Não me afastei fisicamente da utente mas não persisti na tentativa que a mesma verbalizasse as suas dificuldades ou problemas.

Assim, a utente abordou a Enfermeira em questão e após breves minutos a mesma solicitou-me para intervir na prestação de apoio á Sr.ª P. Aproximei-me da utente, que aceitou a minha presença assim que a Enfermeira lhe comunicou que eu estava disponível para intervir na situação.

A Sr.ª P. encontrava-se com humor deprimido, fácies triste, bastante lábil, com choro fácil e discurso negativista mostrando-se desmotivada. Verbalizou anedonia, clinofilia e dificuldade em realizar as atividades básicas de vida diária pelo que prestei apoio emocional intervindo na crise ficando a utente aparentemente mais calma. Nesta intervenção também incentivei a utente a partilhar a sua situação no grupo terapêutico (que iria ter início pelas 11h00).

No decorrer do grupo terapêutico e após algumas trocas de olhares de incentivo entre a utente, a sua Enfermeira de referência no Hospital de Dia e eu, esta partilhou o seu mal-estar e as suas dificuldades com o grupo da seguinte forma “Eu estive a

falar com a Enf.<sup>a</sup> Liliana e ela aconselhou-me a falar aqui sobre o que se está a passar comigo.”.

Toda esta situação suscitou em mim um misto de emoções e sentimentos. Inicialmente senti-me rejeitada o que me fez “afastar” da utente (não fisicamente como referi anteriormente), seguidamente frustrada pela utente ter recusado a minha intervenção e por ter privilegiado abordar a sua Enfermeira de referência mesmo eu estando a disponibilizar-me, o que me zangou. E por fim quando a utente partilha perante o grupo a sua situação, senti agrado por esta ter acedido á minha sugestão, pelo que experienciei uma “sensação de dever cumprido”.

Identifico positivamente, pelo contentamento que senti, o facto de ter incentivado a utente a verbalizar em grupo as suas dificuldades, prestando-lhe apoio psicoemocional e de alguma forma motivando-a. Não no momento que considero certo, mas penso que atempadamente, estabeleci um canal de comunicação e o início de uma relação de ajuda com a referida utente. E também o apoio da supervisora/orientador, enquanto profissional de saúde do referido Hospital de Dia da Enfermeira em questão, por ter promovido o encontro terapêutico inicialmente negado por uma das partes.

O aspeto negativo desta vivência foi não ter conseguido no primeiro momento estabelecer uma comunicação efetiva com a Sr.<sup>a</sup> P. de modo a que a mesma não tivesse recusado a minha disponibilidade.

Neste acontecimento consigo identificar que a utente apresentava humor deprimido e anedonia pela expressão do seu fâcies e pelos comportamentos adotados ao longo do tempo, sugestivos de falta de energia vital.

Ao analisar esta situação denoto em mim alguma dualidade pois experiencio pensamentos e emoções simultaneamente positivas e negativas. Refletindo sobre o meu domínio emocional neste incidente identifico claramente a rejeição e a frustração como motivações para me sentir zangada.

Experimento a rejeição e a frustração com grande vulnerabilidade pois a rejeição remete-me para momentos da minha adolescência em que me senti rejeitada aquando do divórcio dos meus pais, e o meu pai se distanciou progressivamente mas totalmente de mim. Este seu afastamento provocou-me uma enorme zanga pois este foi-se tornando gradualmente menos presente, foi menos relevante, deixou de participar, de influir e/ou de opinar.

Acabou por se tornar um estranho. Isto é, penso que em vez de se ter demitido apenas da sua função de marido também se demitiu da função de pai. Denoto agora que a forma como lidei com esta rejeição e esta zanga foi-me mantendo também afastada do meu pai mesmo que estivéssemos próximos de acordo com a localização das nossas residências (geograficamente). Este meu modo de funcionamento aquando da rejeição ficou aqui bastante explícito com a Sr.<sup>a</sup>. P. pois também me “afastei” da mesma quando experienciei a sua recusa.

Parece-me também que na minha relação com o meu pai experimentei um sentimento de reprovação, pois como filha única o meu pai sempre me elogiou nas atividades que desempenhava e com o seu afastamento e associando o sentimento de rejeição experimentei também a desvalorização. Reconheço que a frustração que senti neste incidente se deve também á conjectura que eu possa ter criado de que a Sr.<sup>a</sup>. P me acharia menos capaz ou menos competente visto esta ter privilegiado o contato com a sua Enfermeira de referência.

Ao analisar esta situação considero que os sentimentos despoletados se devam a fenómenos como transferência e contratransferência, pois tal como refere Phaneuf

(2002), uma das dificuldades da relação de ajuda é colocar-nos perante as “reações” particulares da pessoa ajudada e perante as nossas próprias “contra-reações”. Assim, segundo a mesma autora, a contratransferência é o conjunto de reações emocionais do enfermeiro para com o cliente, pois todos temos mais semelhanças do que diferenças em relação às pessoas de quem cuidamos, prendendo-se com a dimensão subjetiva da contratransferência que leva o interveniente a reviver os seus próprios problemas.

Racionalizando este episódio consigo claramente perceber e aceito que a utente tenha privilegiado uma primeira abordagem terapêutica com a sua Enfermeira de referência no Hospital de Dia pelo contato prolongado no tempo (visto a utente ser seguida neste Hospital de Dia á mais de um ano) e pela relação terapêutica estreita que apresentam. Tendo em conta que eu apenas consegui criar uma relação terapêutica mais coesa com a referida utente á cerca de uma semana, pelo fato da utente ter faltado com alguma regularidade (com aviso prévio) por motivos de doença física (síndrome gripal), académicos (frequenta explicações e um curso de contabilidade) e por dificuldade em cuidar de si (por exemplo higiene pessoal) e deslocar-se ao Hospital de Dia.

Ao ponderar acerca da atitude da utente em ter decidido partilhar perante o grupo o seu mal-estar acedendo ao meu estímulo verbalizado individualmente e posteriormente com a troca de olhares, também sinto alguma ambivalência pois de certa forma e aparentemente a utente ficou mais calma com esta partilha e pareceu-me muito importante, em termos terapêuticos, este movimento de relatar os seus problemas e angústias, expondo-se num local seguro e próprio (grupo terapêutico). Por outro lado surge a questão de ter sido um ato de manipulação e sedução da utente para me sentir aceite, valorizada e competente transmitindo-me uma falsa “sensação de dever cumprido”.

Nesta situação penso que poderia ter optado por ser mais persistente na abordagem á utente de modo a criar um elo forte de comunicação através de atitudes,

comportamentos e da adoção de estratégias que me permitissem transmitir uma compreensão empática, esperança e congruência. Outra opção a ter em conta seria recorrer á minha supervisora/orientadora de estágio e neste caso específico Enfermeira de referência no Hospital de Dia da Sr.<sup>a</sup> P. de modo a perceber qual a ação ou intervenção mais adequada a realizar com esta utente.

Se uma situação semelhante à descrita ocorresse novamente num processo de aprendizagem de cariz académico e em contexto de estágio penso que iria primeiramente indagar junto do(a) meu/minha orientador(a) acerca da situação e quais as decisões mais acertadas a tomar.

No caso de se suceder um incidente deste tipo no meu local de trabalho inicialmente iria ter o impulso de reagir da mesma forma, no entanto, após a realização desta reflexão penso que conseguiria gerir este fenómeno relacional de modo a obter respostas comportamentais mais adequadas durante o processo terapêutico, ao efetuar uma comunicação e uma relação terapêutica mais eficazes com a Sr.<sup>a</sup> P



**Apêndice VI**  
**Plano de Sessão: “Lado Lunar”**

## Plano de Sessão: “Lado Lunar ”

**Objetivo da atividade:** Proporcionar a auto e heteropercepção através do processo criativo.

Fases da Atividade	Descrição	Recursos necessários	Duração	Duração total
Aquecimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pedir ao grupo para se movimentar pela sala fazendo-os “chegar” ao momento atual;</li> <li>Escolher com o grupo uma expressão simples e curta (exemplo: "Olá! Como estás?");</li> <li>Pedir aos elementos do grupo para se imaginarem numa determinada situação, que provoca uma emoção (tristeza, alegria, zanga, compaixão medo, surpresa, etc...);</li> <li>Solicitar a cada participante que faça a pantomima (como uma máscara) em função da emoção que imaginou;</li> <li>Para que seja mais concreto, propor que alterem a voz (tom, intensidade, etc...) e que realizem a pantomima com o corpo todo;</li> <li>Proporcionar a experimentação de várias "máscaras".</li> </ul>	Sala Ampla	15'	90'
Desenvolvimento (Expressão do Eu através da Máscara)	<u>1º Momento:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Contextualizar a atividade apresentando a citação de Mark Twain “Cada um de nós é uma lua e tem um lado escuro que nunca mostra a ninguém”</li> <li>Distribuir a letra da música “Lado Lunar” de Rui Veloso;</li> <li>Colocar a música propondo ao grupo que a acompanhe (ler ou cantar);</li> <li>Com músicas de fundo convidar os participantes a realizar individualmente uma máscara com os materiais disponíveis tendo em conta o “Lado Lunar” (o lado oculto, escuro, negro, misterioso, não visível que leva cada um a isolar-se socialmente ou a comprometer as interações sociais).</li> </ul>	Sala com mesas e cadeiras, rádio e material para desenho, colagem e corte.	55'	
	<u>2º Momento:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Após a máscara construída cada um deverá colocá-la e apresentar-se falando através da mesma da seguinte forma “Eu sou o Lado Lunar do(a) _____ e ...”</li> </ul>			
	<u>3º Momento:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pedir a cada participante que escolha a máscara de outro elemento do grupo e que verbalize o que vê atrás daquela máscara.</li> </ul>			
Partilha	<ul style="list-style-type: none"> <li>Como se sentiram a vivenciar o “Lado Lunar”;</li> <li>Como se sentem agora.</li> </ul>	Feedback do Grupo	20'	

## **Apêndice VII**

### **Plano de Sessão: “A falar é que a gente (não) se entende”**

## Plano de Sessão: “A falar é que a gente (não) se entende”

**Objetivo da atividade:** Facilitar as relações interpessoais e promover a expressão de emoções através da comunicação

Fases da Atividade	Descrição	Recursos necessários	Duração	Duração total
<b>Aquecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pedir ao grupo para se sentar lado a lado na sala formando um semi círculo.</li> <li>O dinamizador deverá sentar-se num dos extremos e passar uma mensagem ao participante sentado ao seu lado sem que os restantes consigam ouvir;</li> <li>A mensagem deverá ser escrita num papel pelo dinamizador;</li> <li>Seguidamente a mensagem deverá circular de participante em participante;</li> <li>Quando a mensagem chegar ao último elemento, este deverá verbaliza-la em voz alta;</li> <li>O dinamizador lê a mensagem original e o grupo deverá comparar com a mensagem final;</li> <li>O jogo poderá ser repetido sem a intervenção direta do dinamizador.</li> </ul>	Sala ampla com cadeiras, papel e caneta/lápis	15'	90'
<b>Desenvolvimento</b>	<p><u>1º Momento: (“Gibberish”)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Contextualizar o “Gibberish” como uma linguagem que não se entende e exemplificar;</li> <li>Solicitar ao grupo para experienciar a linguagem sem constrangimento;</li> <li>Avisar que a partir daquele momento a linguagem a utilizar será sempre “Gibberish”;</li> <li>Pedir aos participantes para se movimentarem pela sala e que “falem” ao mesmo tempo e em interação;</li> <li>Alternar a dinâmica entre “falar” e “ficar mudo” utilizando apenas gestos.</li> </ul> <p><u>2º Momento: (“Conferência de Imprensa”)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O dinamizador dispõe o grupo em forma de meia-lua e solicita um voluntário;</li> <li>O voluntário e o dinamizador colocam-se de frente para o grupo e o dinamizador explica que um a um, o grupo, fará perguntas ao voluntário e este irá responder em Gibberish. Inicialmente, o dinamizador, entre cada pergunta e responder traduz em Português a linguagem utilizada;</li> <li>Com a continuidade do jogo o dinamizador deixa de ser o tradutor passando o jogo a ser gerido internamente pelo grupo;</li> </ul>	Sala Ampla	45'	
<b>Partilha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No “Telefone-estragado” foi difícil passar a mensagem corretamente? Porquê?</li> <li><u>- A mensagem é passada corretamente quando:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mensagem simples;</li> <li>A pessoa verbaliza adequadamente a mensagem e se assegura que é bem entendida (fala pausadamente, repete a mensagem, etc.);</li> <li>A pessoa que recebe a mensagem escuta ativamente, utiliza plenamente a atenção/concentração.</li> </ul> </li> <li><u>- A mensagem é deturpada:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mensagem é muito complexa;</li> <li>A pessoa não verbaliza corretamente a mensagem e não tem em conta o recetor;</li> <li>Quando o ouvinte interpreta a mensagem de outra forma.</li> </ul> </li> <li>Como foi utilizar o “Gibberish”? Foi mais confortável “falar” ou “ficar mudo”?</li> <li>Como se sentiu no papel de entrevistado e de entrevistador? Foi difícil compreender o outro? E sentiu-se compreendido?</li> </ul>	Feedback do Grupo	30'	

**Apêndice VIII**  
**Plano de Sessão: “Eu e o Grupo”**

### Plano de Sessão: “Eu e o Grupo”

**Objetivo da atividade:** Salientar a importância de cada pessoa dentro de um grupo (cada um assume um papel) e desenvolver a conduta individual para alcançar o consenso coletivo

Fases da Atividade	Descrição	Recursos necessários	Duração	Duração total
<b>Aquecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pedir ao grupo para se sentar formando um círculo;</li> <li>O facilitador deverá colocar-se no centro do círculo com uma folha de papel na mão;</li> <li>Explicará ao grupo no que consiste o jogo e que o objetivo do mesmo é o grupo manter o papel o maior possível;</li> <li>O dinamizador diz o nome de um participante e ao mesmo tempo deverá soltar a folha de papel;</li> <li>A pessoa cujo nome foi dito deverá pegar no papel antes que este caia ao chão;</li> <li>Sempre que o papel cair ao chão, o facilitador deve cortá-lo ao meio.</li> </ul>	Sala ampla com cadeiras e papel	15'	90'
<b>Desenvolvimento</b>	<p><u>1º Momento: (“A carruagem”)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O dinamizador vai contar uma história (texto em anexo);</li> <li>É atribuída a cada elemento do grupo uma personagem, sendo que algumas se poderão repetir;               <ul style="list-style-type: none"> <li>Cocheiros</li> <li>Rodas</li> <li>Passageiro de bigode</li> <li>Passageira</li> <li>Criança que chorava</li> <li>Bancos</li> <li>Portas</li> <li>Molas</li> <li>Cavalos</li> <li>Carruagem – todos</li> </ul> </li> <li>Ao longo da história cada vez que for mencionada uma personagem a pessoa que a representa deve levantar-se bater uma palma e voltar a sentar-se.</li> <li>Quando for dita a palavra “carruagem”, todos os participantes se deverão se levantar bater duas palmas e sentar-se em seguida.</li> </ul> <p><u>2º Momento: (“O Consenso”)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A cada elemento do grupo vai ser entregue uma situação (em anexo) que cada um resolverá individualmente;</li> <li>Seguidamente discutiram a situação em grupo de modo a chegarem a um consenso;</li> </ul>	Sala Ampla	45'	
<b>Partilha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Foi difícil chegar a uma conclusão individual?</li> <li>Qual foi o critério usado pelo grupo para chegarem a um consenso?</li> </ul>	Feedback do Grupo	30'	

### **1º Momento: “A carruagem”**

A viagem estava atrasada porque os cocheiros estavam a consertar a roda dianteira da carruagem.

O atraso deixava os passageiros cada vez mais irritados. O passageiro de bigode andava de um lado para o outro, enquanto a passageira acalmava uma criança que chorava.

Quando a carruagem ficou pronta, os cocheiros apressaram-se a subir para a carruagem.

O passageiro de bigode lá se acalmou e até sorriu para a criança que chorava, que agora, toda feliz, fazia ranger com os seus pulos, as molas dos bancos da carruagem.

A carruagem iniciou a viagem puxada pelos cavalos enquanto a passageira sorria para o passageiro de bigode.

Mas, de repente, os cavalos tropeçaram, os bancos inclinaram-se, as portas abriram-se e os cavalos assustaram-se, obrigando a carruagem a parar para consertar as molas do assento e a roda que se tinha soltado novamente da carruagem.

## **2º Momento: “O Consenso”**

“Você assumiu a gerência de um departamento de uma empresa terrivelmente organizada. A sua missão é corrigir as irregularidades existentes e tem plenos poderes para o fazer. Para isso terá como primeira função demitir metade dos seus funcionários. Portanto, dos funcionários abaixo, escolha 4 que deverão permanecer consigo na empresa e 4 que se deverão ir embora”.

- A. Homem, 50 anos de idade, sendo que trabalha á 20 na empresa. É rabugento, mal-humorado e lento.
- B. Senhora, 23 anos de idade, secretária, muito bonita mas de baixíssimo QI. É assídua e pontual mas péssima em datilografia.
- C. Jovem, 19 anos de idade, com grande potencial, mas bastante indisciplinado e nada pontual. Já foi várias vezes penalizado, mas comenta-se que é afilhado de um diretor.
- D. Homem muito competente, apesar de muito nervoso e violento. Tem o habito de gritar com as pessoas.
- E. Senhora, excelente datilógrafa, mas muito fofoqueira. Ocupa o telefone o dia inteiro na bisbilhotice e com conversa fiada. Além disso, tem alguns problemas de saúde o que a faz faltar com frequência.
- F. Senhora, poliglota. Não leva o trabalho muito a sério, pois tem o sonho de ser atriz de cinema. Nos último 12 meses, já mudou de emprego 4 vezes.
- G. Senhora, 59 anos de idade e viúva. Exímia arquivista, mas de péssimo relacionamento. É a mais antiga na firma. Tem sérios problemas cardíacos pelo que não pode ser contrariada.
- H. Homem, passa o dia a contar piadas ou a fazer brincadeiras de mau gosto. Encontra-se em boa força física e é útil para trabalhos pesados, mas é muito preguiçoso.